
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Lagares Bustamante, Anna; Escotorin Soza, Pilar, dir. Disseny d'una eina d'anàlisi prosocial de protocols per l'atenció en Logopèdia d'infants d'entre 0 i 6 anys víctimes de violència masclista. 2020. 58 pag. (954 Grau en Psicologia)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/238281>

under the terms of the  license



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

TREBALL FI DE GRAU

**DISSENY D'UNA EINA D'ANÀLISI PROSOCIAL
DE PROTOCOLS PER L'ATENCIÓ EN
LOGOPÈDIA D'INFANTS D'ENTRE 0 I 6 ANYS
VICTIMES DE VIOLÈNCIA MASCLISTA**

GRAU EN LOGOPÈDIA

Facultat de Psicologia i Lletres

Autora: Anna Lagares Bustamante

Tutora: Pilar Escotorin Soza

ÍNDEX

Resum	3
Abstract	4
1. INTRODUCCIÓ	5
- Magnitud i rellevància de la Violència Masclista (VM)	5
- Xifres ocultes i augment dels casos	7
- Els efectes de la VM en els infants	7
- La importància de la formació dels professionals	9
1.1. OBJECTIUS DE LA RECERCA	11
2. MARC TEÒRIC	
2.1.Desenvolupament del llenguatge en infants víctimes de VM	12
2.2.La prosocialitat i els seus efectes	14
2.2.1. Mirada prosocial als protocols d'intervenció	15
3. MARC EXPERIMENTAL	
3.1. Mètode	17
3.1.1. Material	18
3.1.2. Procediment	21
3.2. Resultats	35
3.2.1. Anàlisi dels resultats	37
4. CONCLUSIONS	41
5. REFERÈNCIES	44
6. ANNEX 1	45
7. ANNEX 2	45
8. ANNEX 3	46
9. ANNEX 4	47

RESUM

La Violència Masclista és un problema social i sanitari. Els logopedes, com altres professionals sanitaris, han de conèixer i aplicar els protocols d'intervenció quan atenen casos, d'infants testimoni i víctimes de Violència Masclista (VM). No obstant això, no sempre compten amb les eines adequades per a intervenir correctament, precisament perquè no són professionals que treballen en primera línia amb la VM, sinó que la tracten de manera indirecte.

Objectiu: elaborar una eina d'anàlisi per valorar els protocols existents en logopèdia per avaluar els casos de VM, des d'una perspectiva prosocial aplicada i proporcionar eines per a una intervenció logopèdica òptima en infants víctimes de violència masclista.

Metodologia: S'ha fet un estudi de revisió teòrica per a identificar la qualitat prosocial dels protocols de VM existents respecte al rol que ha d'exercir el logopeda. L'estudi es basa en els resultats preliminars de tres projectes europeus que a través d'una metodologia participativa (Investigació Acció Participativa) van elaborar criteris aplicables per a professionals que treballen amb dones i menors d'edat víctimes de VM. S'han reelaborat els criteris del *Model de Comunicació de Calidad Prosocial (CCP) adaptado al trabajo con victimas de VM (Escotorin, 2020)* amb un l'anàlisi teòric d'aquest, i s'han proposat els criteris d'anàlisi de Comunicació de Qualitat Prosocial. S'han redefinit també els ítems del protocol analitzat i s'ha fet l'anàlisi qualitatiu d'aquest.

Resultats: Els protocols analitzats emfatitzen elements tècnics i no incorporen indicadors de Qualitat Prosocial per a l'atenció logopèdica. La revisió permet concloure que els protocols analitzats no incorporen criteris específics per a una adequació empàtica de l'atenció logopèdica que requereixen els infants víctimes de VM. Per altre banda, tampoc es proporcionen eines específiques per a professionals de logopèdia.

Conclusions: És necessari dotar als professionals de logopèdia d'eines per tal que la intervenció amb aquests infants no sigui contraproduent per a ells i prevenir que els logopedes siguin professionals que generin una doble victimització. Cal una revisió de la qualitat dels protocols des d'una perspectiva prosocial per a identificar punts forts i punts febles i enfortir els instruments existents de cara a respondre de manera més adequada a les necessitats específiques dels logopedes i usuaris del sistema sanitari.

Paraules clau: Violència Masclista; Logopeda; Infants; Desenvolupament del llenguatge; Prosocialitat; Comunicació de qualitat Prosocial; Protocols.

ABSTRACT

The Gender Violence is a social and sanitary problem. The speech therapists, like other sanitary professionals, have to meet and apply the protocols of intervention when attend cases, of children witness and victims of gender violence. Nevertheless, no always they have the suitable tools to intervene properly, precisely so that they are not professional that they work at first line with the gender violence, but that treat it of indirect way.

Objective: To develop an analytical tool to assess existing protocols in speech therapy to assess cases of gender violence, from an applied prosocial perspective, and to provide tools for optimal speech therapy intervention in children victims of gender-based violence.

Methodology: A theoretical review study has been conducted to identify the prosocial quality of existing VM protocols with respect to the role to be played by the speech therapist. The study is based on the preliminary results of three European projects that, through a participatory methodology (Participatory Action Research), developed criteria applicable to professionals working with women and minors who are victims of gender violence. The criteria of the *Modelo de Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) adaptado al trabajo con víctimas de VM (Escotorin, 2020)* have been reworked with a theoretical analysis of it, and the criteria for the analysis of Prosocial Quality Communication have been proposed. The items of the analyzed protocol have also been redefined and its qualitative analysis has been done.

Results: The protocols analyzed emphasize technical elements and do not incorporate Prosocial Quality indicators for speech therapy care. The review concludes that the protocols analyzed do not incorporate specific criteria for the empathic adequacy of speech therapy care required by child victims of gender violence. On the other hand, no specific tools are provided for speech therapy professionals.

Conclusions: It is necessary to provide speech therapy professionals with tools so that the intervention with these children is not counterproductive for them and to prevent speech therapists from being professionals who generate double victimization. A review of the quality of protocols from a prosocial perspective is needed to identify strengths and weaknesses and strengthen existing instruments in order to respond more adequately to the specific needs of speech therapists and users of the healthcare system.

Keywords: Gender violence; Speech therapist; Children; Language development; Prosociality; Prosocial quality communication; Protocols.

El present treball s'emmarca en els projectes europeus.

- **REVIVAL**
Right Environment To Protect Women Victims of Violence at Each Level (REVIVAL Grant Agreement number 776629 – SDO – REC-VAW-AG-2016/REC-VAW-AG-2016-01)
- **FEEL**
Projecte: WF616062 2018-1-IT01-KA202-006800 Femicide Emerge
Id.Oficial: 2018-1-IT01-KA202-006800
Títol: Femicide Emergency on European Level (FEEL)
- **WIDE**
Projecte: WF614417 2016-1-IT02-KA201024390 WItnessing Domes
Id.Oficial: 2016-1-IT02-KA201024390
Títol: WItnessing Domestic Violence and audit Education in school system (WIDE)

1. INTRODUCCIÓ

La Violència Masclista (VM) és el producte de la cultura patriarcal com una expressió de poder dels homes sobre les dones. És possiblement la conseqüència més rotunda de les relacions de desigualtat entre homes i dones i que suposa un greu atemptat contra la dignitat i llibertat de les dones.

En aquest treball es fa ús del terme *Violència Masclista* en comptes de *Violència de Gènere* per tal de donar major especificitat al terme, ja que la *Violència de Gènere* no únicament fa referència a la violència contra la dona. El present treball s'emmarca doncs, en la llei establerta a Catalunya, ***la Llei 5/2008, de 24 de abril, del dret de les dones a erradicar la Violència Masclista***, que determina l'ús de l'expressió *Violència Masclista*, entenen que el masclisme és el concepte que de forma més general defineix les conductes de domini, control i abús de poder dels homes sobre les dones i que, al seu torn, ha imposat un model de masculinitat que encara és valorat d'una banda de la societat com a superior.

Les formes de violència masclista en son diverses, com ara, violència física, violència psicològica, violència i abús sexual violència econòmica. També en son diversos els àmbits on aquesta es manifesta, en l'àmbit de parella, familiar, laboral, social o comunitari i qualsevol altre forma que sigui susceptibles de lesionar la dignitat, la integritat o la llibertat de les dones.

La magnitud i rellevància de la VM

Segons dades de l' **Organització Mundial de la Salut (OMS)** s'estima que el 35 % de les dones de tot el món ha patit violència física i/o sexual en el algun moment de la seva vida (aquestes xifres no inclouen l'assetjament sexual). No obstant, estudis nacionals, demostren que fins el 70% de les dones ha experimentat violència física i / o sexual per part d'un company sentimental durant la seva vida (Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer; 2013).

Segons l'**Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte (UNODC)** en anglès), el 58% de les dones assassinades el 2017 ho van ser per les seves parelles, exparelles o familiars; de mitjana, 137 dones són assassinades cada dia per un membre de la seva família (UNODC, Global Study on Homicide, 2018).

Aquestes xifres però, refereixen la violència masclista quan es té algun tipus de relació amb l'agressor, és a partir del 2019 que és va començar a comptabilitzar totes les víctimes de violència masclista, independentment de la seva relació amb l'agressor. Per tant, es va advocar per **reconèixer com a violència de gènere tot tipus de violència exercida contra les dones pel fet de ser-ho** (Real Decreto-ley 9/2018, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género).

A Espanya segons la *Macroenquesta de Violència contra la Dona 2015* (Delegación del Gobierno para la Violència de Género, 2015) la àmplia mostra la converteix en un dels retrats de situació més precisos, el 12,5% de les dones de 16 i més anys han patit al llarg de la seva vida violència física o sexual de les seves parelles o exparelles. Aquest percentatge equival a 2,5 milions de dones. I la xifra arriba a el 24,2% (4,8 milions de dones) quan els agressors inclouen a més a altres homes sense aquesta vinculació sentimental. Respecte a la violència psicològica és diferencia entre aquella que és de control i aquella que es emocional. Pel que fa la de control un 35,6% de les dones afirmen que l'han patit, respecte a la de tipus emocional un total de 21,9%.

El juliol de l'any 2013, a través de la reforma de les *Lleis de Protecció de la Infància*¹, els infants fills de mares víctimes de violència masclista passen a considerar-se víctimes directes i per tant es passa a reconèixer el seu dret a ser protegits per la mateixa. Es consideren víctimes de violència masclista tant quan son exposat aquesta ja sigui de manera directe o indirecte. El fet de ser testimoni de violència constitueix també una forma de maltractament (Horno, 2006, Pérez, 2009 i Kitzmann,2010).

Pel que fa a la població infantil, fills i filles de dones víctimes de VM, seguint amb els resultats obtinguts a la *Macroenquesta de Violència contra la Dona 2015* (Delegación del Gobierno para la Violència de Género, 2015) el 63,6% de les dones que van contestar que els seus fills i filles van presenciar o van escoltar els episodis de violència, el 92,5% afirma que aquests eren menors de 18 anys quan van succeir els fets. D'aquests, el 64,2% de les dones afirma que aquests fills menors van patir al seu torn violència.

Segons dades de la Generalitat de Catalunya les víctimes menors d'entre 0 i 13 anys ateses al 2019, corresponen a la xifra de 731 casos.

¹ La Ley, R. D. (2015). Las 10 claves de la reforma del sistema de protección a la infancia y la adolescencia: Proyecto de Ley y Proyecto de Ley Orgánica de modificación del sistema de protección a la infancia ya la adolescencia, BOCG de 27 de febrero de 2015. *Diario La Ley*, (8497), 1.

Xifres ocultes i augment dels casos

Es troba però, que hi ha xifres ocultes. Un dels motius hi ha és la dificultat per denunciar, de fet, segons un estudi de la *Delegació de Govern per a la Violència de Gènere realitzat per la Fundació Igual a Igual*, les víctimes de violència masclista triguen vuit anys i vuit mesos de mitjana en expressar la seva situació, ja sigui en els serveis de suport i assessorament o ja sigui interposant denúncia contra el seu agressor. Davant la pregunta de caràcter multiresposta sobre quines raons consideraven que les havien dut a postergar el temps fins verbalitzar i denunciar o demanar ajuda als serveis i recursos especialitzats, entre els motius ocupa un lloc destacat "la por a la reacció de l'agressor" (50%), un 45% creien que podien resoldre el problema soles i el 36% "no es reconeixien com a víctimes ". Un 32% va assegurar sentir-se culpable i responsable de la situació, i un 29% va dir sentir pena per l'agressor.

Mentre que, els motius principals per portar endavant la denuncia són sobretot el greu dany psicològic (54%), el dany físic de l'última agressió (41%) o el convenciment que els seus fills són ja conscients de la violència (30%).

La crua realitat però, és que els casos de violència masclista continuen augmentant i com a conseqüència les víctimes menors d'aquesta en son cada vegada més. En el conjunt d'Espanya, el **nombre de víctimes de violència masclista ha augmentat** en totes les comunitats entre 2017 i 2018, excepte a Extremadura, i a les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla, on també s'ha reduït el nombre, segons informació de **l'Institut Nacional d'Estadística** (INE).

L'any 2019 ha estat l'any amb més víctimes mortals d'aquests últims 4 anys, des de el 2015 (Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, 2019).

Els efectes de la VM en els infants menors

Des d'una perspectiva de desenvolupament, s'ha identificat que l'edat dels 0 als 6 anys és una fase de major vulnerabilitat pel que fa a les conseqüències físiques, psicològiques i socials que té per a un infant ser testimoni i per tant víctima de violència masclista a la llar. Durant el desenvolupament del cervell aquest té el risc de patir efectes

perjudicials d'estrès o de traumes que poden provocar la mort neuronal y com a conseqüència nivells més baixos del desenvolupament cognitiu (Bevans et al., 2005; Cook et al., 2005; De Bellis y otros, 2005; De Bellis, Baum y otros, 1999; De Bellis, Keshavan, 1999; Koenen y otros, 2003; Nelson y Carver, 1998; Perry y Pollard, 1997; Schore, 2002; Ziegler, 2002).

Donada la complexitat que desencadena el maltractament infantil, hi ha autors, López, Torres, Fuertes, Sánchez i Merino (1995), que han evidenciat la interdependència que hi ha entre la situació de maltractament i les mancances en les necessitats i demandes bàsiques de la infància. Aquest autors parteixen de tres grans àrees de necessitats que presenten els infants: : físicobiològiques, cognitives i socio-emocionals. Senyalen, a més a més que hi ha una sèrie de situacions que representen maltractament i que tenen relació amb la insatisfacció d'alguna o fins i tot totes les àrees de necessitats esmentades.

El maltractament infantil és un fenomen complex entre d'altres perquè en moltes ocasions és desconegut però encara es torn més difícil quan aquest es dona en l'àmbit familiar i per tant en les mans de qui se suposa que ha de vetllar per la salut, protecció i seguretat de l'infant, és a dir, els seus progenitors. Els factors de protecció són aquells que interactuen amb les diferents fonts de risc, reduint la possibilitat de les conseqüències negatives per als nens i nenes exposats a situacions de reg (Aguilar, 2009).

Els autors Torrio i Penya (2006) expliquen “el maltrato infantil es un problema que tiende a permanecer oculto, a diferencia de otros problemas sociales a que los personas afectadas tienden a buscar ayuda profesionalizada. Con frecuencia tienden a ser detectados aquellos casos que no pueden ser ocultados, bien por la gravedad de las lesiones o síntomas causados, bien porque son casos que por sus condiciones económicas han entrado en contacto con servicios sociales” (Torrio i Penya, 2006, p. 525).

Els canvis biològics i de llenguatge que provoca estar exposat a violència masclista durant el desenvolupament infantil, tant en període prenatal com postnatal, està inversament relacionada amb el comportament autoregulator de l'infant (Kim y Cicchetti, 2009).

Entre el conjunt gran de totes les conseqüències que presenta per el desenvolupament infantil ser víctima de VM, un dels símptomes regressiu importants que es poden presentar, és retard en el desenvolupament del llenguatge. S'ha de demostrat que l'exposició de violència masclista en els infants presenten un major risc en el desenvolupament del llenguatge i retard neurològic sobretot en les edats d'adquisició del

desenvolupament del llenguatge considerant-lo un període crític davant qualsevol fet traumàtic (Udo, I. E., Sharps, P., Bronner, Y., & Hossain, M. B. ,2016) .

Tenint en compte que els infants víctimes de VM poden desencadenar alteracions en el desenvolupament del llenguatge és rellevant a la vegada que essencial dotar els professionals de la logopèdia d'eines adequades a cada context perquè es facin intervencions amb un diagnòstic correcte.

No es incorrecte doncs, tenint en compte les alteracions que poden desencadenar en el seu desenvolupament, afirmar que els professionals en l'àmbit educatiu i els professionals sanitaris, com ara psicòlegs i logopedes, que treballen amb infants també tenen un paper clau en la detecció i posterior intervenció. Donat l'impacte que pot presentar en el desenvolupament dels infants el ser víctima de violència masclista hi ha la necessitat d'un diagnòstic temprà, de manera que es pugui intervenir tant en l'àmbit educatiu com en el de salut però a més a més poder fer una intervenció eficaç

D'altra banda, no és improbable que molts casos que arriben per a un tractament logopèdic siguin casos en què els menors estiguin manifestant les conseqüències pròpies de la situació de violència viscuda. Un logopeda no pot ignorar que aquesta és una possibilitat real, per això ha de conèixer els protocols i camp d'acció per a determinar el límits per on pot i no es pot moure. Els projectes europeus WIDE, REVIVAL i FEEL anteriorment citats han demostrat que aquests casos requereixen una intervenció més complexa i sistèmica, i tot professional requereix de suport interdisciplinari i interprofessional.

La importància de la formació dels professionals

Davant d'una situació de VM els professionals han de seguir un protocol establert. Pel que fa a l'actualitat, a Catalunya hi ha un Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut per a tots els professionals que puguin trobar-se en una situació d'aquestes característiques. A més a més també hi ha un protocol per a l'abordatge en violència masclista a nivell comarcal.

L'informe Avaluació de la xarxa de SIAD de Catalunya (Faura i Sol, 2015) conclou que entre el conjunt de SIAD de Catalunya s'arriba a atendre el 7 % de les dones que s'estima que estan en situació de violència, i el conjunt de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral que inclou també els SIAD arriba a l'11 %.

Davant d'aquestes dades, tenint en compte que les xifres no representen el cent per cent del problema cal plantejar si únicament seguir el protocol establert davant d'aquesta situació és eficaç. Els protocols són necessaris ja que proporcionen un estàndard d'avaluació, no obstant, cal que aquests protocols que es segueixen siguin eficaços amb l'objectiu que pretenen.

L'experiència de el **projecte FEEL**, on participen actualment professionals de l'àmbit sanitari i policial de Catalunya indica que els protocols no sempre s'adapten a les circumstàncies específiques o necessitats de les persones. Hi ha una sèrie d'elements de tipus cultural, geogràfic, social, de gènere, fins i tot religiosos que generen sorolls a l'hora d'aplicar protocols genèrics. Els professionals no sempre saben com actuar, sobretot perquè qualsevol intervenció té conseqüències. La doble victimització ha de ser superada per les organitzacions que suposadament han de tenir cura de les dones i als seus fills i filles, però, és un risc que persisteix. Les institucions que han de protegir els nens víctima de violència, com és l'escola, moltes vegades sancionen amb càstigs disciplinaris i no protegeixen des d'un enfocament ecològic que educui sense permissivitat, però que es faci càrrec de la complexitat del microsystema on viuen aquests nens (Bronfenbrenner, 1982).

Per a la **OMS**, la VM és un problema que requereix de la intervenció de diversos professionals, entre ells el personal sanitari que hi juga un paper molt important en la detecció i la posterior intervenció d'aquests casos. Tot i la importància que tenen aquests professionals, es troben que no tenen eines necessàries per a l'abordatge d'aquestes situacions. Malgrat les conseqüències que té aquest fet per els sistemes sanitaris el 79,1% dels professionals no ha rebut formació sobre aquesta problemàtica (Arredondo Provecho, Ana Belén; del Pliego Pilo, Gema y Gallardo Pino, Carmen, 2018). Els experts reclamen que cal treballar molt en la prevenció, poder fer una detecció precoç i tenir recursos per ajudar aquests infants a superar les seqüeles que arrossegueu.

En aquest context es proposa com a marc d'intervenció psicològica i diagnòstic, la prosocialitat aplicada, experimentada en projectes europeus per dotar els professionals d'eines contra esquixades a cada context, en l'àmbit de la violència masclista.

2. OBJECTIUS DE LA RECERCA I PREGUNTES D'INVESTIGACIÓ

Des de una perspectiva prosocial aplicada i amb l'objectiu d'enfortir les habilitats empàtiques dels logopedes per connectar amb les necessitats específiques dels infants víctimes de VM:

L'**objectiu** d'aquest treball es elaborar una eina d'anàlisi (*check list*) que valori l'adequació dels protocols existents en logopèdia a les necessitats dels infants víctimes de VM.

- Preguntes d'investigació

Amb aquest projecte es planteja doncs, si a través d'una llista de cribratge que analitzi els protocol des de una mirada prosocial, es poden millorar els protocols actuals des de una perspectiva que beneficiï als infants i previngui efectes secundaris negatius (generació de dependència, disminució de l'autoestima, creativitat, doble victimització, etc.).

Es poden optimitzar els protocols des d'un criteri més prosocial? Es possible millorar els protocols perquè els professionals connectin de manera empàtica amb el criteri dels nens avaluats, segons les seves circumstàncies i des de la seva perspectiva?

Cal preguntar-se si és viable donar qualitat humana a l'atenció amb les víctimes i a la vegada respondre a protocols que funcionen sota pressió de temps.

La finalitat, és doncs, determinar indicadors de qualitat prosocial per analitzar els protocols amb el fi d'enfortir la qualitat del diagnòstic i intervenció logopèdica quan es detecta un cas d'aquestes característiques.

3. MARC TEÒRIC

3.1. Desenvolupament del llenguatge en infants víctimes de VM

El llenguatge es defineix com un sistema de signes orals, escrits i gestuals, és a dir, és la eina que ens permet comunicar-nos amb la nostra espècie. L'adquisició d'aquest és un procés de molta importància en el desenvolupament del ésser humà ja que d'ell depenen altres àrees com ara la cognitiva, la social, la emocional i els processos d'autoregulació de la conducta.

Es essencial que en la llar on l'infant es desenvolupa compti amb adults que posseeixin un llenguatge més avançat, compromesos afectivament amb l'infant, creant vincles de relació, que estimulin la fase d'aprenentatge. Si tots aquests factors no es duen a terme en el període de desenvolupament de l'infant pot desencadenar en dificultats per desenvolupar la comunicació i el llenguatge. Aparici (2006) afirma: "L'actitud dels adults amb els nadons i el tipus d'interacció que mantenen poden ajudar a l'adquisició d'habilitats comunicatives i lingüístiques o fins i tot segons algunes perspectives teòriques, poden explicar aspectes crucials del desenvolupament del llenguatge (p. 194)."

El desenvolupament del llenguatge s'inicia des de que l'infant neix fins aproximadament els 5 i 6 anys que es quan es comença a consolidar, es per això que tot i que l'infant encara no compregui i no produeixi llenguatge és fonamental una estimulació precoç, tant de qualitat com de quantitat (Narbona J, Chevrie-Muller C., 2001).

S'ha comprovat que la violència està relacionada amb l'exposició del llenguatge que a la seva vegada està relacionada amb les diferències en l'adquisició del llenguatge infantil (Taylor et al., 2009).

S'ha observat que és en els primers 3 anys de vida quan el cervell està en procés de desenvolupament i maduració, per tant és el període més intensiu i vulnerable en l'adquisició de les habilitats de la parla i el llenguatge. Son el que s'anomenen "períodes clau" que son aquells on l'infant està més capacitat per aprendre el llenguatge si aquest períodes es deixen passar i no s'exposa a l'infant de manera òptima al llenguatge serà difícil que l'infant el pugui aprendre (Barragán, P. E., & Lozano, S. S., 2011).

Tal com s'ha esmentat anteriorment un factor importants que contribueix un desenvolupament òptim del llenguatge és l'entorn familiar, la qualitat i quantitat de l'input que li proporcionen a l'infant, en els casos de violència masculista aquest entorn

familiar no és l'adequat per a un desenvolupament del llenguatge correcte, s'ha vist que el pares que es comuniquen amb els seu fills fent ús d'altres quantitats de control negatiu, menys preguntes i més ordres repercuteix en el llenguatge de l'infant aquest utilitzen menys paraules, paraules amb menys morfemes, menys tipus de paraules gramaticals i un llenguatge menys funcional (Taylor et al., 2009).

El trastorn del llenguatge més freqüent que presenten aquests infants, és retard del llenguatge. Aquest retard en el desenvolupament pot ser tant del llenguatge expressiu com del receptiu (Cook et al., 2005).

El retard del llenguatge fa referència a diversos fenòmens el llenguatge no apareix en l'edat en que normalment ha de presentar-se, la permanència del patrons lingüístics que corresponen a estadis anteriors als que el nen hauria de correspondre i dificultats globals del llenguatge, el desfasament cronològic es dona a tots els nivells del sistema: fonologia, morfosintaxi, semàntica (Gallego Ortega, 2003). Afecta més al nivell d'expressió que de comprensió i no es explicable per un dèficit intel·lectual, sensorial ni conductual.

El retard del llenguatge pot anar des de un retard simple a un retard sever, serà el professional de logopèdia qui ho diagnostiqui.

Per altre banda, també s'ha estudiat que el fet de ser víctima de violència masclista té com a conseqüències entre d'altres que la relació materno-filial no sigui òptima, hi ha estudis que demostren que una relació d'afecte segura en el període de la infància està associada a un desenvolupament infantil òptim i amb el desenvolupament de la comprensió emocional, majors habilitats cognitives i lingüístiques i menor dependència de l'adult (Belsky & Fearon, 2002; Bohlin, Hagekull, & Rydell, 2000; Weinfeld, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999).

Però un cop el Logopeda detecta un cas de VM i segueix el protocol establert, que passa amb la intervenció que el professional ha de continuar realitzant amb l'infant? Ja que és essencial tenir en compte que la situació d'aquest infant no és igual a la dels altres de fet tampoc és igual a la dels altres infants víctimes.

Des de el projecte europeu WIDE tenia com a objectiu proporcionar més i noves oportunitats de desenvolupament emocional, acadèmic i socials als infants víctimes de violència masclista. WIDE proporciona i busca, equipar als professionals de nous recursos per fer front a aquesta problemàtica i generar espais de suport social perquè

aquests estudiants puguin activar processos de resiliència i amb això desenvolupar les seves capacitats en un context segur, empoderador, incusiu i feliç.

És per això que en aquest treball dona continuïtat al que es planteja el projecte WIDE adaptant-ho a la intervenció logopèdica que es fa amb aquests infants.

3.2. La prosocialitat i els seus efectes

La prosocialitat es refereix aquells comportaments d'ajuda que beneficien a un altre des de la seva perspectiva. La prosocialitat aplicada és una ajuda empàtica, ajudar a l'altre de la manera que vol ser ajudat, però sense generar desvaloració, dependència o disminucions de la creativitat (Roche, 1995, 2010). Per aquest motiu, no totes les ajudes són efectivament ajudes. Cal que la societat faci una mirada introspectiva amb l'objectiu de concloure si la manera en què tenen les persones d'ajudar és òptima, és a dir, s'ajuda amb l'objectiu de sentir-se bé amb si mateix o amb l'objectiu d'ajudar des de la perspectiva de l'altre, sense prejudicis i utilitzant com a eina conductora l'empatia. És aquí on entra el que es coneix com prosocialitat.

La prosocialitat es defineix com un tipus de comportament vital en qualsevol sistema humà. És un concepte sorgit de la psicologia com un antònim d'antisocial, i que estudia i demostra els factors i beneficis que les accions d'ajuda, solidaritat, de donar i compartir i de cooperació, tenen per a totes les persones, grups i societats (Roche, 1991).

Des del Laboratori d'Investigació de Prosocialitat Aplicada (LIPA) s'ocupen d'estudiar com prosocialitzar els contextos interpersonals, grupals i socials. Escotorin (2020) explica: “Nos apasiona decir que la Prosocialidad funciona siempre: lo que se necesita para ello es un programa adecuado para implementarla y, muy importante, personas voluntarias para iniciar un proceso que requiere estar dispuestos a mirarse a sí mismos, para después aprender a mirar a los demás (Escotorin, 2020, p.25).”

Per tant, actuar prosocialment és l'acció d'ajudar a l'altre, sense esperar una recompensa, però no ajudar únicament amb la bona intenció de fer-ho, sinó que l'ajuda ha de ser real, és a dir, realitzada des del criteri de l'altre.

3.2.1. Mirada prosocial dels protocols d'intervenció

Un enfoc prosocial en l'anàlisi dels protocols establerts pot afavorir l'anàlisi dels ítems i criteris d'efectivitat. Un protocol que aborda la VM una vegada aplicat, hauria de fomentar, mantenir la creativitat, dignitat, autoestima de les persones que es pretenen ajudar. És a dir, la mirada prosocial pot permetre fer un anàlisi d'un protocol amb l'objectiu de que connecti amb més qualitat amb la víctima, per a que potenciï l'empatia del professional respecte a la víctima. Es proposa doncs, la prosocialitat aplicada com un marc per la revisió de qualitat dels protocols i la intervenció del professional.

Els humans no estan lliures de prejudicis i el fet que en moltes estructures de la societat s'ha establert la normalització de la violència contra la dona, fa obviar alguns pensaments, actituds i comportaments que un professional pugui tenir i fins i tot, sense tenir consciència pot arribar a revictimitzar tant a la dona com a l'infant, generant dependència i menys autoconfiança. I això pot provocar l'efecte contrari del que és pretenia. És per això que una mirada amb una base prosocial pot ajudar a abordar amb més eficiència aquests casos de VM, doncs al connectar amb a perspectiva de l'altre, augmenta també la qualitat de la informació que els professional obtenen quan fan un diagnòstic (Escotorin, P. 2020).

Si el que es pretén es abordar el cas de la manera més eficaç des de la psicologia està descobrint que es necessari actuar de manera prosocial (Escotorin P., Roche R. i Cirera M., 2011) cal preguntar-se si és viable donar qualitat humana a l'atenció amb les víctimes i a la vegada respondre a protocols que funcionen sota pressió de temps.

El projecte europeu REVIVAL tenia com a objectiu entre d'altres, la comunicació prosocial, que pretén aportar eines per a que els professionals entrenin la seva empatia, i per tant puguin connectar amb la víctima des de la seva perspectiva.

Utilitzar una comunicació prosocial amb la víctima implica connectar al cent per cent amb ella, un professional que aconsegueix connectar amb la víctima sense que aquesta es senti perjudjada, aconseguirà construir una relació de confiança i determinar els mitjans mes adequats per fer una intervenció amb ella i no en ella (Escotorin, 2020).

Els primers minuts d'una conversa són clau respecte a la fluïdesa i empatia que posteriorment segueix, és per això que cal tenir cura dels inicis i quin efecte té sobre

l'interlocutor, no obviant la nostra responsabilitat, iniciativa i assertivitat que fa a la qualitat de tota la conversa. La comunicació prosocial garanteix la eficàcia, la eficiència i la cohesió entre ambdós interlocutors. Escotorin (2020) "Si la comunicación fuera de calidad prosocial, garantizaría, podría decirse, un 70% de buenos resultados (p 61)."

Des del projecte europeu REVIVAL es van oferir algunes eines d'alta qualitat prosocial per afavorir la comunicació i la connexió amb la víctima des de la perspectiva d'aquesta i que a més enforteixen les habilitats d'autocura del professional (Escotorin Soza, P.; Brundelius, M.; Roche Olivar, R. 2019). A més a més, des de d'aquest projecte i també des de el projecte FEEL de prevenció en femicidi i WIDE, de treball amb infants testimonis de VM, han pogut experimentar que a Catalunya, els professionals coneixen perfectament quins protocols seguir o quines possibilitats poden aportar cap aquestes víctimes, però la doble victimització no ocorre per falta de programes adequats que donin suport a les víctimes sinó per l'estil comunicatiu que s'aplica.

És per això doncs que la utilització d'una perspectiva prosocial s'ofereix com una eina eficaç per a verificar els indicadors d'avaluació, per revisar que l'abordatge d'aquest casos estiguin adaptats a les necessitats específiques de cada infant (cultura, edat, procedència, situació socioeconòmica...). En aquest treball és farà especial èmfasi en la comunicació prosocial com un marc de pensament per detectar els punts dèbil i forts dels protocols identificats.

4. MARC EXPERIMENTAL

4.1. Mètode

El que és pretén és **elaborar una eina d'anàlisi per valorar el protocols existents en logopèdia per avaluar els casos, des de una perspectiva prosocial aplicada i proporcionar pautes adaptades per a una intervenció logopèdica en infants víctimes de violència masclista.**

- Elaboració d'una eina d'anàlisi per la revisió dels protocols

Tal i com s'explica a l'apartat "Prosocialitat i els seus efectes" se sap que l'empatia és clau per a dur a terme una comunicació de qualitat prosocial però aquesta empatia l'aprenem o la tenim apresada? De quina manera aquesta es pot monitoritzar per tal de optimitzar-la i poder controlar la seva qualitat prosocial?

Des de el projecte europeu de REVIVAL, proposen el que es coneix com a el Model de Comunicació de Qualitat Prosocial (CCP, en castellà) (Escotorin, 2011).

L'objectiu que es proposa en aquest treball és doncs, elaborar un eina d'anàlisi per tal de valorar els protocols seleccionats basant-se en la prosocialitat aplicada com marc i en la comunicació de qualitat prosocial com a criteri específic per verificar els indicadors d'avaluació que es troben en els protocols. Es pretén elaborar una llista de cribratge (*check list*) que permeti visualitzar i revisar la qualitat prosocial dels protocols adaptats a les necessitats específiques de cada víctima, els infants (cultura, edat, situació socioeconòmica...) amb la finalitat d'identificar possibles punts dèbils que puguin ser reforçats o millorats i punts forts que han de ser visualitzats i mantinguts.

El Model de Comunicació de Qualitat Prosocial (CCP) (Escotorin, 2008, 2010, 2011, 2013) neix com una proposta sistemàtica per englobar en un únic llistat quins són els factors que determinen que una comunicació empàtica, centrada en l'altre (amb mirada prosocial) sigui satisfactòria. La Comunicació de Qualitat Prosocial és doncs, un model centrat en el tu, i s'aplica quan el que ens interessa és connectar amb l'altre des de la mirada de l'altre.

Per elaborar l'eina de cribratge s'ha utilitzat com a base el Model de Comunicació de Qualitat Prosocial (CCP, en castellà) (Roche, Escotorin, Cirera, LIPA UAB) adaptat per la Dra. Pilar Escotorin per treball amb dones que viuen en situació de violència masclista amb la seva parella.

Aquest model consta de 17 criteris de comunicació prosocial, englobats en 5 factors: factors previs a la comunicació, factors durant el procés de comunicació, factors de continguts de la comunicació, factors de meta comunicació i estratègies i factors posteriors a la comunicació. L'objectiu que pretén és la d'auto diagnòstic de la qualitat de la comunicació prosocials en els professionals que intervenen en dones víctimes de violència masclista.

S'utilitzarà el *Modelo de CCP adaptado al trabajo con víctimas de VM (Escotorin, 2020)*.

4.1.1. Material

La cerca dels protocols a analitzar ha estat realitzada a través del portal de l'Institut Català de les Dones.

Els criteris que s'han tingut en compte per la tria de protocols han estat els següents:

- El protocol té com a objectiu garantir l'actuació eficaç de les dones i infants víctimes de violència masclista.
- Els infants són víctimes també i per tant el protocol també està orientat cap als professionals que intervenen amb la població infantil.

Per una banda s'ha escollit el protocol de la Comunitat Autònoma de Catalunya **“Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya”** (ANNEX 1) i dins d'aquest el **“Document operatiu de maltractament infantojuvenil”** (ANNEX 1) donat que l'objectiu d'aquest treball s'emmarca dins la població infantil.

El *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya* s'aplica des de 2009 i dona resposta al compromís recollit a la *Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista* i s'emmarca en l'eix sisè del *Pla de polítiques de dones del Govern de la Generalitat 2008-2011* i en el *Protocol marc i circuit nacional per a una intervenció coordinada contra la violència masclista*.

L'elaboració d'aquest document també s'emmarca en els treballs de les comunitats autònomes coordinats pel Ministeri de Sanitat i Consum, que es van concretar en el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de genero*.

Els objectius principals del protocol són:

- Proporcionar al conjunt de professionals de la salut pautes d'actuació (prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació) de les dones que es troben en risc, han patit o pateixen violència, així com pautes d'actuació amb fills i filles o persones dependents que puguin conviure amb la dona i que per tant, són testimonis i víctimes de la violència.
- Elaborar i establir les bases, els mecanismes i els circuits per dur a terme una actuació correcta en casos de violència masclista.
- Unificar criteris de les institucions i els àmbits sanitaris implicats en l'atenció per tal d'actuar de manera conjunta i coordinada, tenint en compte el respecte necessari a l'autonomia personal.

Aquest protocol consta de dos tipus de documents, el document marc i els documents operatius.

El **Document Marc** neix amb la voluntat d'esdevenir una eina pràctica que faciliti la intervenció dels professionals sobre la violència masclista, entenent la intervenció com un concepte ampli que va més enllà de l'atenció i el seguiment de casos aguts.

Proporciona un model que serveix de guió per a la resta de documents, independentment de la forma de violència i l'àmbit en què es produeixi. Amb el fi de donar resposta a necessitats específiques, grups en una situació més vulnerable i altres realitats i situacions relacionades amb la violència masclista, el document marc es completa amb eines més específiques.

El **Document Operatiu de Maltractament Infantojuvenil** aborda el maltractament infantojuvenil i la violència en l'àmbit familiar i s'aplica des de el Desembre de l'any 2010. S'emmarca dins del *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*. Document marc pel que fa a l'abordatge de les situacions de violència masclista en noies menors d'edat i en l'atenció coordinada als fills o les filles de les dones que es troben en situació de violència masclista. D'altra banda, pren com a referent el *Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància*.

Aquest document aporta informació que va adreçada a el conjunt de professionals de la salut, especialment als que ocupen una posició clau en l'atenció a menors d'edat (de 0 a 18 anys) en relació amb la l'actuació (prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació) de nens i joves exposats a la violència masclista o en situació de maltractament i de noies en situació de violència masclista.

Per altre banda, s'ha seleccionat un protocol a nivell comarcal, en aquest cas la comarca de l'Alt Penedès. ***Protocol comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès*** (ANNEX 2), tot i que la tria podria haver estat qualsevol altre protocol a nivell comarcal que complís els criteris establerts de la tria.

Aquest protocol defineix un model d'intervenció i el marc de referència tècnic i metodològic de la coordinació interna i externa amb totes les institucions implicades en l'actuació (prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació) de les dones que viuen, han viscut o poden viure situacions de violència masclista.

Va ser redactat per la Comissió per a l'Abordatge de la Violència Masclista de l'Alt Penedès, integrada per representants dels serveis socials del Consell Comarcal i de l'Ajuntament de Vilafranca del Penedès, mossos d'esquadra, policies locals, Creu Roja i serveis sanitaris. Va ser presentat el 27 de maig de 2016.

L'objectiu d'aquest protocol és ser una eina útil i actualitzada per tal de millorar la coordinació entre els diferents serveis de la Comarca, per tal d'unificar els criteris de les actuacions com a professionals, enfortir el treball en xarxa i, en definitiva, millorar la qualitat en l'abordatge de la violència masclista de la Comarca de l'Alt Penedès.

En el protocol es concreten les competències de cada institució i servei i es defineixen les formalitats i la successió d'actes que han de seguir els i les professionals implicats per tal de garantir de manera eficaç l'actuació de les dones que es troben en risc o en una situació de violència masclista.

En quant a les diferències entre els dos protocols, el ***Protocol comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès*** és més específic respecte als serveis que intervenen ja que es centra només a nivell de comarca per tant la població a atendre queda en un nombre molt més reduït que no pas en el ***Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*** que engloba tota Catalunya. L'altre diferència es que aquest últim es centre en l'àmbit de salut i mitjançant els documents operatius que posseeix és més específic respecte al tipus de violència i en l'àmbit en la qual es produeix. En canvi, el ***Protocol comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès*** engloba diversos àmbits, com ara el sanitari, el social, cossos de seguretat, judicial i altres.

4.1.2. Procediment

Tenint en compte que l'objectiu és poder fer un cribratge respecte a la Qualitat de la Comunicació Prosocial que s'utilitza en els dos protocols seleccionats per aquest treball, el ***Protocol per a l'abordatge de la violència masclista de la Generalitat de Catalunya*** i el ***Protocol Comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès***, es proposa una adaptació dels criteris del *Modelo de Comunicación de Calidad Prosocial adaptado al trabajo con víctimas de VM* (Escotorin, 2020) amb un l'anàlisi teòric d'aquest.

D'aquest l'anàlisi s'han extret aquelles variables relacionades per tenir en compte en l'atenció d'un logopeda amb menors d'edat víctimes de VM i aplicables al protocol. Posteriorment, d'aquestes variables s'han establert els ítems i per tant, els indicadors que configuren la llista de cribratge per a l'anàlisi dels protocols (***Taula 1***).

Taula 1

Model de CCP adaptat al treball amb víctimes de VM (Escotorin, 2020)			
FACTOR DEL MODEL DE COMUNICACIÓ.	Resum de les variables implicades en aquest factor.	Elements relacionats per prendre en compte en l'atenció d'un logopeda a menors d'edat víctimes de VM i aplicables al protocol.	Ítems d'anàlisi de cribratge
FACTORS PREVIS			
1. Obertura i disponibilitat quan sóc receptor Estic i em mostro disponible, tant verbal com no verbalment amb les dones?	Aquesta disponibilitat de el receptor és una actitud positiva habitual per part de qui rep a un altre per acceptar la interacció. És un comportament previ a la comunicació. Li suposa, generalment, esforç per interrompre el flux de la seva conducta actual per predisposar positivament l'atenció de l'altre.	1. Avaluació de el moment de salut físic-emocional de professional abans d'atendre casos de possibles víctimes de VM. 2. El protocol preguntes de control perquè el professional supervisi la seva possible contaminació actual. (Respecte a casos atesos anteriorment, a la seva pròpia història o possibles prejudicis o concepcions prèvies respecte a el cas que haurà d'atendre)	<ul style="list-style-type: none"> - Incorpora una llista d'elements, comentaris o recomanacions, per avaluar la disposició física i emocional prèvia a l'atenció del pacient. - Incorpora preguntes que faciliten la presa de consciència sobre l'existència de casos similars atesos o viscuts anteriorment per tal d'evitar possibles interferències en el diagnòstic. - Inclou preguntes simples per revisar el coneixement previ que el professional té sobre la VM i els efectes que pot produir en infants.

<p>2. Oportunitat quan sóc iniciador. Abans de donar una indicació, informar alguna cosa, ¿estic atent al fet que les circumstàncies emocionals, de l'espai i temporals pròpies i del meu interlocutor / a siguin les adequades? ¿Trio un espai adequat que no exposi la dona a explicar el seu cas davant de tercers que puguin generar-li incomoditat / ansietat?</p>	<p>Es refereix a l'empatia prèvia abans d'iniciar la comunicació interpersonal. Aquest factor implica la capacitat del professional per anticipar cognitivament possibles escenaris comunicatius per determinar de manera més adequada que temes es tractaran i quins temes no es tractaran. Quin lloc i moment és el més indicat per a la comunicació.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El protocol inclou preguntes relatives a l'adequació de l'espai d'atenció. 2. El protocol te prèviament un apartat en el qual és posa al professional en situació. <p>Factors DE FORMA:</p> <p>L'estructura del protocol. La forma pot influenciar en com el professional percep el protocol i com a conseqüència això pot influir en la seva eficàcia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existeix una guia/índex comprensible i de consulta ràpida. 2. S'indiquen els passos a seguir per comunicar prosocialment amb l'infant atès. 3. Hi ha indicacions clares per crear un clima positiu i de confiança. 4. El contingut està ben detallat (dins de de cada apartat) 5. És un protocol escrit de manera clara i funcional per als professionals. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pautes a seguir per a que la disposició en l'espai sigui òptima per atendre casos de menors víctimes de VM. - Incorpora un apartat on s'informa al professional de com i quan es tractaran els temes. - Posseeix un índex que organitza el protocol de manera comprensible i ràpida. - Inclou una guia adaptada al cas (edat, cultura...) de com comunicar-se amb l'infant des de la seva perspectiva. - Indicacions clares per fomentar un clima positiu i de confiança. - El contingut està organitzat detalladament, per àrees i comportaments. - Adapta el llenguatge tècnic per als diversos professionals
<p>FACTORS DEL PROCÉS</p>			
<p>3. Buit d'un mateix ¿Aconsegueixo buidar les meves altres ocupacions i preocupacions per atendre plenament a la dona?</p>	<p>És un exercici psicològic i emocional que es refereix a la capacitat de reiniciar de ser un full en blanc amb cada persona que s'atén. Per tant, de buidar-se mentalment de manera puntual i momentània. Aquest buit s'ha de donar en el moment que comença la comunicació amb el receptor.</p>	<p>Avaluar si el protocol ofereix un apartat en ell donant eines que promouen un exercici de buit en el Logopeda.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apartat dins del protocol amb exercicis que propiciïn al buidatge del professional de Logopèdia. 2. Posseeix el protocol un apartat amb preguntes o exercicis personals (respiració, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apartat amb suggereixes d'exercicis senzills o tècniques per fomentar l'autobuidatge del professional abans d'atendre un cas.

<p>4. Viure el present amb plenitud. Em concentro plenament en el moment present, poso l'atenció sobre cada dona, sense desconcentrar pensant en episodis anteriors o futurs?</p>	<p>Es necessita del factor anterior però a més una dimensió cognitiva, per gestionar prejudicis i etiquetes que el professional té per garantir els procediments adequats en cada cas, i de voluntat, que permeti monitoritzar els seus pensaments per centraren el present. Es basa en centrar tota l'atenció i disposició a la realitat racional actual.</p>	<p>Analitzar que el protocol no fomenti les etiquetes o prejudicis cap a la víctima que puguin contaminar i inferir en el professional de Logopèdia i impedeixi per tant, centrar l'atenció i la seva disposició a la situació present.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apartats dins del protocol on es realitzin preguntes concretes del cas (amb l'objectiu que el professional centri la seva atenció tota l'estona en el cas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclou preguntes concretes i específiques que faciliten centrar-se en la situació concreta del moment actual del cas, sense interferències de diagnòstics previs o previsions futures.
<p>5. Empatia reciprocitat i unitat ¿Assoliment posar-me al lloc de les dones? M'interesso per conèixer i entendre el seu punt de vista? Realitzo retroalimentacions parafrasejant el que m'han dit? Faig l'esforç cognitiu de comprendre per què pensa com pensa? Procuro donar poder a la dona en el seu propi punt de vista per poder continuar un diàleg en què ella s'asseu en situació d'horitzontalitat-igualtat i no d'inferioritat?</p>	<p>És refereix a la empatia durant el procés de comunicació, és a dir aquella que ocorre en temps real. L'empatia prosocial és aquella en que el receptor se sent comprés fent ús d'una alineació cognitiva. Sense aquest tipus d'empatia no hi ha reciprocitat i no es genera un vincle d'unitat amb la víctima. En els casos de VM és essencial per part del professional fer ús d'una empatia cognitiva, es a dir comprendre perquè l'altre pensa com pensa amb l'objectiu de dissenyar vies de sortida factibles i sostenibles.</p>	<p>Avaluar si en el protocol es fomenta l'empatia prosocial cap a l'infant.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El protocol promou la empatia a través de feedbacks. 2. Preguntes d'interès. 3. Dona indicacions clares de com aplicar l'empatia emocional per evitar donar senyals de subvaloració, generar dependència, o falses expectatives. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorpora una llista de preguntes adaptades al infant segons edat, amb capacitat per recollir reaccions de l'infant. - Recomanacions de paraules o comportaments de caràcter emocional per part del professional que pot ser contraproduent en aquest casos.
<p>6. Confirmació de la dignitat de l'altre. ¿Confirmo a la dona en el seu valor com a persona, cridant-la pel seu nom, fent-li preguntes, recollint les seves emocions positives o negatives? ¿Evito subvalorar, considerar obvi o treure importància al que ella diu o intenta dir? Reconec i valgut amb la mirada a la dona com un subjecte amb recursos per poder sortir cap endavant? La miro com supervivent? Més enllà de la meua rol i deure professional ¿tinc una mirada de respecte i no de cansament, cap a una</p>	<p>Confirmar que l'interlocutor és una persona amb dignitat simplement pel fet de ser humà i per tant es tracta amb aquest des de una mirada horitzontal. La comunicació de Qualitat Prosocial únicament s'activa quan s'assumeix aquest fet. D'aquesta manera el professional pot atribuir la possibilitat de canviar si així ho vol l'interlocutor, proporcionant eines, espais i recursos.</p>	<p>En el protocol es confirma la dignitat de l'infant tractant-lo de manera horitzontal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. S'anomena a l'infant pel seu nom. 2. Els apartats on estableixen els tipus de casos o situacions s'utilitza un llenguatge que fomenta la dignitat de l'altre. Es donen exemples de llenguatge empoderat i tipus de preguntes. 3. En el protocol s'adverteix del risc de doble victimització, donant exemples del llenguatge i comportament, o mesures a evitar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicacions per anomenar al nen pel seu nom i evitar <i>nicknames</i> (vida meua, estimat, petitó...). - Suggereixes de llenguatge i preguntes que empodera al infant. - Indicacions o mesures a evitar per no realitzar una doble victimització.

possible decisió de triar continuar amb la seva parella maltractadora?			
7.Avaluació positiva dels comportaments de l'altre Valoro positivament algun aspecte o comentari, comportament de la dona? Valoro positivament que hagi vingut a demanar ajuda? Valoro l'esforç que fa en l'explicació del seu relat? Valoro els seus avenços o esforços, com a mínim en algun moment de la nostra interacció?	En aquest factor es fa referència a saber valorar de manera positiva i objectiva aquells aspectes que d'alguna manera tinguin com a objectiu el resultat de la creació i estimulació de l'autoestima i seguretat en si mateix de el receptor. Qui valora ho fa convençut i de manera voluntària.	Avaluar si el protocol fomenta la creació i seguretat en si mateix de la víctima avaluant positivament comportaments, paraules o potencial de canvi d'aquesta. <ol style="list-style-type: none"> 1. Espai on el professional de Logopèdia té la possibilitat d'avaluar positivament alguna dimensió de l'infant. 	- Espai dedicat a transcriure aspectes positius de l'infant (del que diu, fa o de la potencialitat d'algun aspecte que podria arribar a fer bé).
8. Escolta de qualitat ¿M'ocupo de fer sentir a la dona, tant verbal com no verbalment, que l'estic escoltant amb atenció? ¿Escolto amb serenitat?	Aquest factor es refereix a l'escolta que cal fer de l'altre de manera adequada tot i que és una tasca difícil ja que requereix d'alguns dels factors esmentats anteriorment. L'escolta es pot expressar tant de manera verbal (els silencis) com no verbal (els gestos, l'expressió...). A més a més s'ha d'escoltar també el que l'interlocutor no diu verbalment. Realitzar una escolta de qualitat pot garantir un bon diagnòstic i per tant una intervenció més adequada per a cada cas.	L'aspecte que es valora en aquest cas del protocol és si aquest posseeix un mecanisme on el professional de Logopèdia s'autoavalui respecte a l'escolta amb l'interlocutor. <ol style="list-style-type: none"> 1. Instrument d'autoavaluació de escolta de qualitat respecte a la víctima. 	- Inclou preguntes per revisar la qualitat de l'escolta del professional.

<p>9. Emissió de qualitat ¿Transmeto la informació de forma que considero pot ser-li més clara, amable, no sobreprotectora, i tampoc en to de retret? Explico la informació de manera entenedora per a la dona considerant les seves característiques de personalitat, de cultura i d'edat? ¿Lliuro material de suport, fàcil de comprendre i que li faciliti demanar suport a altres entitats o persones?</p>	<p>Seguint el que és una comunicació de qualitat prosocial, una emissió de qualitat es basa en una sincronia (ritme, atenció empatia racional) entre els interlocutors. S'ha de tenir en compte que en casos com VM els silencis són part important. Una emissió de qualitat es basa doncs, en adaptar-se al receptor per facilitar un intercanvi horitzontal. Es essencial que la comunicació oral estigui acompanyada en harmonia de no oral (mirada, espai, distància...).</p> <p>L'assertivitat es un factor important en qualsevol professional, aquesta però s'utilitzarà per comunicar sempre que prèviament s'hagi connectat amb el receptor comprenen el cas.</p>	<p>Aquest és un punt de molta importància, es pretén avaluar que el protocol transmet informació amb una emissió de qualitat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hi ha altres canals de comunicació (com fotografia, esquemes) que complementen el text escrit. 2. Espai previ, allò que s'ha de comunicar de manera assertiva on hi hagi un autoqüestionari que tingui com a objectiu connectar amb el cas concret. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorpora informació visual (fotografia, gràfics, dibuixos...) que ajuden a clarificar i comprendre el text. - Inclou orientacions generals per comunicar la informació de manera clara i beneficiosa per a l'infant segons el moment psicològic actual.
<p>10. Acceptació del que és percebut com a negatiu ¿Estic d'acord amb el negatiu que la dona pot veure en mi, així com els aspectes negatius jo que puc considerar-hi? ¿Accepto i reconec les emocions negatives que em pot provocar un cas?</p>	<p>Si no es reconeix l'aspecte negatiu d'alguna cosa, situació, etc. no pot haver un canvi en ell i per tant no es pot avançar. Acceptar allò negatiu requereix entrenar la pròpia capacitat mental per monitorar els pensaments.</p> <p>Es doncs quan es reconeix i s'identifica el problema que es pot trobar una solució, tal com demanar ajudar o buscar recursos per resoldre-ho.</p> <p>Capacitat de veure allò negatiu com una aspecte positiu al que es pot aconseguir.</p>	<p>Avaluar si el protocol té en compte la interferència que pot tenir en l'eficàcia amb segueix el professional de logopèdia el que es percebut com a negatiu per part d'aquest.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espai on el professional té la opció d'anotar de manera escrita aquells aspectes negatius que percep del cas i d'aquest aquell aspecte positiu que es pot aconseguir (objectiu entrenar la metacognició). 2. Apartat on el professional pugui autoavaluar-se el estat físic i psicològic a mesura que fa el protocol (avaluar si està amb les condicions òptimes per seguir el protocol). <p>Tenint en compte que pot haver la possibilitat de bloqueig en l'interlocutor com a conseqüència d'una visió negativa o de desconfiança respecte al professional, el protocol:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Proporciona eines de Comunicació de qualitat prosocial al professional com a guia per actuar en casos on hi ha un bloqueig per part de l'interlocutor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recomanacions per a que el professional visualitzi per a ell mateix aquells aspectes negatius del cas, de mode que pugui gestionar-los. - Incorpora el dret per part del professional de derivar el cas per no poder abordar-lo de manera òptima (estat físic o emocional) - Incorpora una llista d'elements, comentaris o recomanacions per actuar davant un bloqueig de l'infant.

FACTORS DE CONTINGUT			
11. Informació suficient, apropiada, no excessiva, freqüent ¿Selecciono la quantitat i el tipus d'informació més apropiada per a cada dona segons les seves característiques personals i el moment en què es troba? Tinc preparades targetes amb noms de persones i dades de contacte a les quals pot acudir per demanar ajuda dins de les institucions de la xarxa de suport?	La quantitat d'informació donada no ha de dependre de la disponibilitat del que la dona sinó del que la rep. En aquest cas no del professional sinó del cas. Per tant aquesta informació s'adapta a la necessitat tant en quantitat, qualitat i freqüència de manera específica a cada interlocutor tenint en compte tot el que l'engloba, com ara la cultura, el temps, el context en el que es triba, les regles del sistema en que s'atén, etc.	S'avalua si el protocol transmet la informació adequada tenint en compte la situació de cada cas. Tot i que tal com es diu aquest factor, no depèn de la disponibilitat del professional, en el seguiment d'un protocol si que hi ha punts que s'han de tenir en compte ja que si no l'eficàcia que pretén el protocol probablement es perdrà. <ol style="list-style-type: none"> 1. El protocol té una estructura i quantitat d'informació adequada al temps disponible del professional, per revisar-lo. 2. El protocol dona indicacions per actuar segons els graus de severitat del cas. 3. Es marca un recorregut a seguir el més personalitzat possible segons cada cas. 4. La informació s'adequa a cada cas en concret i es tenen en compte les variables essencials. 	<ul style="list-style-type: none"> - S'adequa la informació (estructura i quantitat) per poder ser revisada. - Es classifiquen el grau de severitats i les indicacions a seguir del diversos casos. - Incorpora un itinerari específic a seguir adaptat a cada cas.
12. Obertura a revelar emocions ¿Comunico les meves emocions / pensaments (preocupació, interès, esperança, confiança) o expectatives respecte a la seva situació?	Tot ésser humà és una persona emocional i per tant com a conseqüència les paraules activen pensaments i emocions que interfereixen en les nostres actituds i comportaments. L'objectiu és reconèixer les emocions i donar nom per tal que aquestes no provoquin danys en la salut física, psicològica, social o espiritual pròpia. El professional ha de protegir-se a la vegada que connectar amb l'interlocutor i expressar les seves emocions sense quedar indefens posteriorment. S'ha de fer ús doncs, des de una qualitat prosocial on es mantingui un equilibri entre la empatia emocional i la empatia cognitiva sense donar senyals d'incompetència o subvaloració.	Es pretén avaluar que el protocol posseeixi una empatia cognitiva amb el professional que està seguint el Protocol. <ol style="list-style-type: none"> 1. Hi ha un guió de seguiment en el propi protocol que pretén connectar amb el professional de Logopèdia (amb frases “es normal que sentis això”, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Posseeix una guia d'acompanyament empàtic per connectar amb les necessitats que el professional pugui tenir per atendre o identificar casos de violència masclista.

FACTORS DE METACOMUNICACIÓ I ESTRATÈGIES			
13. Control del procés comunicatiu Em preocupo de comprovar que la comunicació amb la dona està sent plenament eficient i satisfactòria? Li pregunto si ha entès les meves preguntes, les meves indicacions? Em dic amb que ha comprès aquella paraula tècnica que acabo d'usar?	La meta comunicació és una estratègia de comunicació, en aquest cas a les habilitats per part dels professionals de controlar la comunicació, és relativament fàcil d'aplicar però difícil d'utilitzar degut a l'oblit de fer-ho. L'objectiu es comprendre amb exactitud què és el que diu l'interlocutor, per això es poden establir regles d'interacció, ja que en ocasions pel que fa els protocols a seguir o l'atenció estan sota pressió de temps. Cal tenir en compte que les paraules tenen un funció connotativa associada a les experiències prèvies de cadascú, és per això que es essencial contrastar el significat del que diu l'interlocutor.	S'avalua si el protocol comprova que la comunicació dels passos a seguir es plenament eficient i satisfactòria. <ol style="list-style-type: none"> 1. S'estableix prèviament de quina manera es seguirà cada punt (regles d'interacció i de procediment en cas de derivació) 2. Aquells apartats que poden ser més subjectius i per tant, vulnerables a sobreinterpretació, és clarifiquen amb missatges i es situen en el context. 3. Presència de preguntes que facin reflexionar al professional sobre la comprensió del que ha llegit. 4. Llistat de preguntes que reflecteixin que el professional de Logopèdia ha entès el cas. 5. Sugeriments d'estratègies de comunicació. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclou un cribratge de comprensió sobre la informació del protocol. - Inclou un cribratge de comprensió sobre la informació de cas concret. - Llistat amb les definicions pertinents del lèxic que hi ha al protocol. - Suggereixes d'estratègies de comunicació: contrast de lèxic, preguntes anticipatòries, parafrasis, etc.
14. Resolució de conflictes des d'una perspectiva positiva Intento resoldre els conflictes de la manera més constructiva possible, considerant tots els elements de sistema a el qual la dona pertany?	Es refereix als conflictes que pot percebre el professional en el moment que la víctima arriba a demanar ajuda. Des de una perspectiva prosocial els conflictes es resolen des d'un punt de vista positiu en que es consideren tots els elements possibles que hi ha en els sistema propi i de l'interlocutor amb l'objectiu de proposar una sortida beneficiosa i que l'interlocutor la senti així.	El protocol facilita informació respecte a possibles conflictes que es puguin generar segons cada cas i promou la resolució d'aquest des de una perspectiva prosocial. <ol style="list-style-type: none"> 1. Apartat on el professional de Logopèdia pot anotar la presència d'un conflicte i de quin tipus es tracta. 2. Proporciona eines per resoldre aquest conflicte tenint en compte aspectes bàsics del cas i del professional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorpora una llista d'elements, eines o recomanacions per identificar i resoldre els conflictes. - S'especifiquen amb claredat quines són les regles d'interacció i de procediment en cas de derivació, així com possibles efectes secundaris no desitjats d'una derivació, que poguessin directament o indirectament afectar a l'infant.
15. Presa conjunta de decisions ¿Comparteix, en la mesura del possible, les decisions que afecten la dona i en les quals puc estar obligat / a per llei, fent-li sentir participo o informant adequadament de les mateixes?	Tot i que no es possible en tots els casos poder fer una presa conjunta de decisions, és convenient integrar sempre a l'interlocutor en una decisió. A partir de marcs de referència comuna poder enquadrar la comunicació establin quins temes seran els que es tractaran i quins quedaran fora. De tal manera que es pugui anar informant al interlocutor quins passos s'estan seguint i integrar-la al màxim possible en l'anàlisi de que s'ha de fer.	S'ha de tenir en compte si el protocol posseeix algun instrument on s'expliqui quins aspectes del protocol que s'està seguint poden ser consensuats o explicats a la víctima sempre tenint en compte cada cas. En aquest cas s'ha d'ajustar a la població infantil i per tant tenint en compte l'efecte que pot provocar en aquest. <ol style="list-style-type: none"> 1. Hi ha pautes de com informar prosocialment i preparar a l'infant del que esdevindrà. D'altra banda, és molt important una comunicació entre professionals i es adient que tot i que cada professional s'encarrega de la seva àrea la presa de decisions en casos de VM sigui coordinada i consensuada.	<ul style="list-style-type: none"> - Inclou pautes de com informar prosocialment i preparar a l'infant i a la seva mare/pare del que esdevindrà. - Conté la opció segons criteri del professional de la cooperació d'un altre professional.

		1. El protocol estableix la possibilitat a partir d'un qüestionari la connexió entre els diferents professionals que tractin el cas.	
16. Fer explícites les regles de manera prosocial Intento explicar obertament i de manera propera, sense menystenir ni sobreprotegir a la dona? Quines són les regles a les que hem de cenyir-nos al llarg de tot el procés?	Les regles són patrons d'interacció que es repeteixen. Hi ha diferents tipus de regles, com poden ser les normatives o les d'interacció. A més es classifiquen en explícites o implícites, aquestes últimes poden arribar a generar un conflicte si es trenquen. En aquest factor es fa èmfasi al que ha de ser un sistema, definint-lo com la capacitat de parlar de les normes i canviar-les si fos necessari. Per fer-ho cal utilitzar una comunicació prosocial. Quan una regla resulta negativa per al sistema, s'ha de revisar perquè es pugui explicitar i per tant canviar-la perquè no generi un impacte negatiu.	S'avalua si existeix en el protocol un apartat on es descriguin de manera explícita i prosocial les regles que tot professional ha de realitzar al seguir el protocol. Amb l'objectiu que l'eficiència del protocol sigui tal i com s'espera i no es generin impactes negatius degut a que hi ha regles implícites que no funcionen. 1. Llistat del conjunt de normes que ha de seguir el professional al aplicar el protocol.	<ul style="list-style-type: none"> - Normes a complir per a seguir el protocol. - Indicacions de com explicitar el treball a nens i famílies segons cada circumstància.
FACTOR POSTERIOR A L'ACTE COMUNICATIU			
17. Concretar un objectiu empàtic concret Em responsabilitzo per fer sentir a la dona que la recordo i m'interessa per ella, amb una trucada, o una visita, després de la primera trobada?	L'empatia prosocial no només és aquella empatia prèvia i durant l'acte comunicatiu, sinó que també és aquella posterior a aquest acte. Ja que l'absència d'una empatia posterior pot anul·lar per complert tot aquell acte comunicatiu prosocial i satisfactori anterior.	Es pretén avaluar si en el protocol es fomenta una empatia prosocial posterior al seguiment d'aquest. 1. Estableix que els professionals que segueixen el cas han d'informar-se uns als altres. 2. El professional que ha seguit el protocol ha de rebre una retroalimentació per part de l'organisme al qual ha estat derivat el cas. 3. Preveu el protocol com fer un seguiment del cas per veure com s'està desenvolupant.	<ul style="list-style-type: none"> - Inclou suggeriments concrets de vies de coordinació per informar-se entre professionals que atenen el cas. - Indicacions de com sol·licitar una retroalimentació i quina informació exacte demanar, per part de l'organisme al qual ha estat derivat el cas, en cas d'atendre un cas derivat per altres. - Inclou suggeriments de com fer el seguiment de desenvolupament del cas.

Per altre banda, aquest criteris han estat englobats en 5 factors (***Taula 2***) tenint en compte al tipus de factors a que fan referència respecte en el moment que aquests s'utilitzen en el seguiment del protocol. A més a més els indicadors criteris d'anàlisi, han estat amb números del 1 al 41.

De tal manera que la llista amb els criteris de cribatge (*check list*) queden organitzats tal i com s'observa en la ***Taula 3***.

<i>Taula 2. Factors</i>		
FPRE	Factors preprotocol	Engloba aquells ítems que pertanyen al previ del seguiment del protocol.
FF	Factors de forma	Són aquells ítems que fan referència a la configuració estructural del protocol.
FC	Factors de contingut	Aquells indicadors a tenir en compte en el procés de seguiment del protocol i per tant del seu contingut.
FEiM	Factors d'estratègia i meta comunicació	Aquells ítems referents a les estratègies comunicatives.
FPOST	Factors postprotocol	Engloba els ítems que pertanyen al moment posterior al seguiment del protocol.

Taula 3. Llista dels criteris de cribatge (check list)

FACTORS PREPROTOCOL (FPRE)	Incorpora una llista d'elements, comentaris o recomanacions, per avaluar la disposició física i emocional prèvia a l'atenció del pacient.	1
	Incorpora preguntes que faciliten la presa de consciència sobre l'existència de casos similars atesos o viscuts anteriorment per tal d'evitar possibles interferències en el diagnòstic	2
	Inclou preguntes simples per revisar el coneixement previ que el professional té sobre la VM i els efectes que pot produir en infants.	3
	Pautes a seguir per a que la disposició en l'espai sigui òptima per atendre casos de menors víctimes de VM.	4
	Incorpora un apartat on s'informa al professional de com i quan es tractaran els temes.	5
FACTORS DE FORMA (FF)	Posseeix un índex que organitza el protocol de manera comprensible i ràpida.	6
	Inclou una guia adaptada al cas (edat, cultura...) de com comunicar-se amb l'infant des de la seva perspectiva.	7
	Indicacions clares per fomentar un clima positiu i de confiança.	8
	El contingut està organitzat detalladament, per àrees i comportaments.	9
	Adapta el llenguatge tècnic per als diversos professionals	10
FACTORS EN EL PROCÉS (FPRO)	Apartat amb suggeriments d'exercicis senzills o tècniques per fomentar l'autobuidatge del professional abans d'atendre un cas.	11
	Inclou preguntes concretes i específiques que faciliten centrar-se en la situació concreta del moment actual del cas, sense interferències de diagnòstics previs o previsions futures.	12
	Incorpora una llista de preguntes adaptades al infant segons edat, amb capacitat per recollir reaccions de l'infant.	13
	Recomanacions de paraules o comportaments de caràcter emocional per part del professional que pot ser contraproduent en aquest cas.	14
	Indicacions per anomenar al nen pel seu nom i evitar <i>nicknames</i> (vida meva, estimat, petitó...).	15
	Suggeriments de llenguatge i preguntes que empodera al infant.	16
	Indicacions o mesures a evitar per no realitzar una doble victimització.	17
	Espai dedicat a transcriure aspectes positius de l'infant (del que diu, fa o de la potencialitat d'algun aspecte que podria arribar a fer bé).	18
	Inclou preguntes per revisar la qualitat de l'escolta del professional.	19
	Incorpora informació visual (fotografia, gràfics, dibuixos...) que ajuden a clarificar i comprendre el text.	20
	Inclou orientacions generals per comunicar la informació de manera clara i beneficiosa per a l'infant segons el moment psicològic actual	21
	Recomanacions per a que el professional visualitzi per a ell mateix aquells aspectes negatius del cas, de mode que pugui gestionar-los.	22
	Incorpora el dret per part del professional de derivar el cas per no poder abordar-lo de manera òptima (estat físic o emocional).	23
	Incorpora una llista d'elements, comentaris o recomanacions per actuar davant un bloqueig de l'infant.	24
	S'adequa la informació (estructura i quantitat) per poder ser revisada.	25

FACTORS CONTINGUT (FC)	Es classifiquen el grau de severitats i les indicacions a seguir del diversos casos.	26
	Incorpora un itinerari específic a seguir adaptat a cada cas.	27
	Posseeix una guia d'acompanyament empàtic per connectar amb les necessitats que el professional pugui tenir per atendre o identificar casos de violència masclista.	28
METACOMUNICACIÓ I ESTRATÈGIES (FMiE)	Inclou un cribatge de comprensió sobre la informació del protocol.	29
	Inclou un cribatge de comprensió sobre la informació de cas concret.	30
	Llistat amb les definicions pertinents del lèxic que hi ha al protocol.	31
	Suggeriments d'estratègies de comunicació: contrast de lèxic, preguntes anticipatòries, paràfrasis, etc.	32
	Incorpora una llista d'elements, eines o recomanacions per identificar i resoldre els conflictes.	33
	S'especifiquen amb claredat quines són les regles d'interacció i de procediment en cas de derivació, així com possibles efectes secundaris no desitjats d'una derivació, que poguessin directament o indirectament afectar a l'infant.	34
	Inclou pautes de com informar prosocialment i preparar a l'infant i a la seva mare/pare del que esdevindrà.	35
	Conté la opció segons criteri del professional de la cooperació d'un altre professional.	36
	Normes a complir per a seguir el protocol.	37
	Indicacions de com explicitar el treball a nens i famílies segons cada circumstància.	38
FACTORS POSTERIORIS (FPOST)	Inclou suggeriments concrets de vies de coordinació per informar-se entre professionals que atenen el cas.	39
	Indicacions de com sol·licitar una retroalimentació i quina informació exacte demanar, per part de l'organisme al qual ha estat derivat el cas, en cas d'atendre un cas derivat per altres.	40
	Inclou suggeriments de com fer el seguiment de desenvolupament del cas.	41

L'escala de cribratge també ha estat adaptada, mentre que en el Model de Comunicació de Qualitat Prosocial (CCP, en castellà) l'escala de cribratge té els valors de 10 i 9 (Sempre), 8 i 7 (Quasi sempre), 6, 5 i 4 (A vegades), 3 i 2 (Quasi ai) i 1 (Mai), en **Model de Comunicació de Qualitat Prosocial del Protocols de Violència Masclista (CQP-PVM)** l'escala de cribratge és la següent:

COMPLEIX	Fa referència a quan el criteri està contemplat com a necessari i apareix especificat en el disseny del protocol.	C
MILLORABLE	Fa referència a quan el criteri si està correctament relacionat amb l'ítem, però esta contemplat com a necessari només parcialment o de manera moderada en el disseny del protocol.	M
NO COMPLEIX	Fa referència a quant el criteri si que està relacionat amb l'ítem, però no està contemplat com a necessari o no apareix especificat en el disseny del protocol.	NC
NO APLICA	Fa referència a quan el criteri no esta relacionat amb l'ítem.	N/A

Respecte als protocols analitzats, pel que fa el **Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya** s'ha tingut en compte per a l'anàlisi únicament el **Document Operatiu de Maltractament Infantojuvenil** donat que l'objectiu d'aquest treball engloba únicament la població infantil, tanmateix s'han analitzat aquells punts del **Document marc** que s'indicava en el **Document Operatiu de Maltractament Infantojuvenil**. En canvi, del **Protocol comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès** donat que engloba tots els àmbits, pel que fa l'apartat "d'atenció i recuperació de les víctimes (p.19)" s'ha tingut en compte únicament l'àmbit sanitari, en concret l'atenció i recuperació en **Centre de Desenvolupament i Atenció Precoç Espiga(CDIAPE)** donat que la població infantil i els professionals de logopèdia s'engloben en aquest apartat. També s'ha tingut en compte l'àmbit social que engloba els **Serveis Socials Basics/SIAD** donat que per protocol quan un professional de logopèdia detecta un cas de VM ha de derivar a l'infant aquests serveis.

D'aquest protocols, s'han redefinit els apartats o ítems, amb l'objectiu d'acotar-los el màxim possible per a dur a terme la anàlisi d'aquests, al mateix temps que poder establir una comparació dels resultats entre els dos protocol. És per això que alguns dels ítems redefinitos no posseeixen exactament el títol que presenta el protocol sinó que s'han

adaptat al màxim possible per tal d'establir ítems similars entre els dos protocols analitzats *Taula 4 i Taula 5 (ANNEX 4)*.

Per últim, s'ha elaborat una taula d'anàlisi per dur a terme el cribratge dels protocols composta per dos variables, en el eix de les x, els criteris d'anàlisi de la llista de cribratge (*check list*) que van del 1 al 41, i en el eix de les y, els ítems redefinits dels protocols, en el cas del **Document Operatiu de Maltractament Infantojuvenil** del 1 al 21 i en el cas del **Protocol comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès** del 1 al 17. S'ha anomenat aquesta taula amb el nom de **Taula d'anàlisi de la Comunicació de Qualitat Prosocial dels Protocols de Violència Masclista (CQP-PVM)** (ANNEX 3).

Exemple del model de taula d'anàlisi de la Comunicació de Qualitat Prosocial dels Protocols de Violència Masclista (CQP-PVM):

	NOM DEL PROTOCOL																												
Ítems del Protocol (eix x)	Critèris d'anàlisi (eix y)	FPRE					FF					FPRO												FC					ETC.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
	1																												
	2																												
	3																												
ETC.																													

En primer lloc per cada ítem del protocol s'ha establert quins criteris de qualitat prosocial ha de posseir, el criteris excloents se'ls hi atorga el valor de *no aplicable* (N/A). Dels ítems que s'avaluen es té en compte quins no estan presents i per tant tenen el valor de *no compleix* (NC) i quins si estan presents. D'aquests s'atorga el valor de *compleix* (C) o esta present però és *millorable* (M).

Per tal de simplificar i fer més visibles els resultats obtinguts en aquest taula s'han utilitzat diversos colors. El color verd quan el criteri es compleix, el color groc quan és millorable, el color vermell quan no es compleix i per últim el color gris quan no és aplicable el criteri d'anàlisi.

3.2. Resultats

PROTOCOL PER A L'ABORDATGE DE VIOLÈNCIA MÀSCLISTA EN L'ÀMBIT DE LA SALUT – DOCUMENT OPERATIU INFANTOJUVENIL																																											
X Y	FPRE					FF					FPRO														FC				FMiE												FPOST		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41		
1						C			M																																		
2	N C									C																					NC							NC					
3	N C	N C	N C		NC				M	C	NC						NC												NC	NC													
4			N C						C	C																M	M																
5							M		M					NC		NC					M	NC			M																		
6				NC			NC	NC	C	C	NC	NC		NC			NC		NC		NC				C			NC															
7				C			NC	C			NC		NC	C	NC	M	M	NC	M		NC			NC	C			NC				M						M					
8									C	C				NC			NC								C	M	NC	M	NC				M										
9									M	C		NC						NC								M					M		M	M	NC		C	M		NC	NC	NC	
10									M	C		NC			NC											C	M									C			C				
11										C		NC			NC				M																								
12										C		NC			NC													NC											C				
13													M		NC			NC														C											
14										C				NC					NC			NC					M							NC			M						
15				NC			NC	NC					M	NC	NC	NC	NC		NC		NC			NC				NC				NC			NC				NC		M		
16															NC			NC					M												NC	NC				NC			
17													M		NC			NC																									
18										C				NC					NC			NC					M							NC			M						
19				NC			NC	NC					M	NC	NC	NC	NC		NC		NC			NC				NC				NC			NC			NC			M		
20															NC			NC					M												NC	NC					NC		
21					C				C											C			M		C	C	C	NC	NC					NC		C	C		C		M		

PROTOCOL COMARCAL PER A L'ABORDATGE DE VIOLÈNCIA MÀSCLISTA A L'ALT PENEDEÈS																																										
x y	FPRE					FF					FPRO														FC				FMiE										FPOST			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	
1						C			C																																	
2	NC								C																						NC							NC				
3	NC	NC	NC		M				C	C	NC																	NC	NC													
4									C	C						M	M							M																		
5			NC						C	C																C	NC															
6									C	C																C																
7									C	C																C																
8				M			M	C						M	NC	C	C		M		C			M	NC	M		NC				M						NC			NC	
9	NC	NC	NC																																							
10									C			C			NC			C								C		M			M			M		C			C	NC		
11									C	NC						M					NC	NC				C																
12				M			M	C	C	C	NC			C			M		M		M				C			NC														
13				C			NC	C			NC		M	C	NC	M	C	M		C	M			NC	C			NC				C					C					
14									C	C		M						C								C				C			C	NC		C	C		C	NC	NC	
15				NC			NC	NC					NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		NC		M	NC			NC					NC		M	NC			NC	C	NC	NC	
16				C			M	C					NC	M	NC	NC	NC	M	NC		M		M	NC			NC				M		M	NC			M	C	M	C		
17					C				C											C			M		C		C	NC	NC					NC		C	C		M		M	

3.2.1. Anàlisi dels resultats

S'ha realitzat l'anàlisi qualitatiu en els dos protocols segons si el criteri estava present (compleix o millorable) o si per el contrari aquest no estava present.

Respecte al que fa als resultats similar o iguals obtinguts en els dos protocols, s'observa que alguns dels criteris que s'engloben dins dels factors previs, en concret aquells on s'avalua la disponibilitat i disposició del professional, la consciència i coneixement del professional sobre la VM o la possible interferència d'altres casos no es troben en el protocol. No obstant, si que posseeixen un guió o índex que organitza el protocol, el llenguatge tècnic està adaptat per a tots els professional i a més a més també incorporen informació visual que ajuda a clarificar i comprendre el text. Tot i que en alguns apartats és millorable els dos protocols organitzen el contingut detalladament per àrees i comportaments.

Un altre aspecte que manca en els dos protocols es un apartat amb exercicis o tècniques o recomanacions que fomentin l'autobuidatge del professional abans d'atendre un cas, ni hi ha indicacions per anomenar a l'infant pel seu nom amb l'objectiu de fomentar una mirada horitzontal i per tant la confirmació de la dignitat de l'infant. Així com tampoc incorpora cap guia d'acompanyament empàtic per connectar amb les necessitats que el professional pugui tenir per atendre o identificar el cas, és a dir no es proporciona la manera en que el professional pugui revelar emocions .

Tot i que els dos protocols adequien la informació que proporciona el protocol és suficient i apropiada tant en estructura i quantitat per poder ser revisada. De manera parcial, es classifiquen els graus de severitat i les indicacions a seguir en cada cas, en cap dels dos protocols hi ha un control per part del protocol per analitzar la comprensió d'aquest per part del professional que l'esta seguint. En canvi, si que inclou de manera parcial un cribratge per la comprensió del cas així com suggeriments amb estratègies comunicatives.

Per altre banda, si que esmenta el dret del professional de derivar el cas, però quan aquesta derivació és deu a que és un altre professional el que ha d'intervenir, en cap moment es té en compte que aquesta derivació pugui ser per que el professional no pot abordar el cas degut al propi estat físic o emocional, i per tant es deriva a un altre professional del mateix àmbit.

Respecte a la resolució de possibles conflictes no proporciona recomanacions per a que el professional pugui visualitzar per a ell mateix aquells aspectes negatius del cas i pugui per tant, gestionar-los.

No s'especifiquen amb claredat les regles d'interacció en una derivació ni els efectes secundaris que poden causar en l'infant i tampoc incorpora pautes de com comunicar de manera prosocial a la mare o infant del que esdevindrà. De la mateixa manera que no hi ha indicacions de com explicitar el treball als infants i les famílies segons cada circumstància.

Contenen la opció segons el criteri del professional de la cooperació d'un altre professional i tot i que es podria millorar ja que apareix de manera parcial inclou suggeriments de vies de coordinació per informar-se entre professionals.

Manca en tots dos protocols un llistat amb les definicions del lèxic present en el protocol.

Per últim pel que fa els factors posteriors, no hi ha indicacions per sol·licitar una retroalimentació i quina es la informació necessària que cal demanar quan s'atén un cas derivat.

En quant a les diferències entre els dos protocols, en els resultats obtinguts en el ***Document operatiu de maltractament infantojuvenil*** s'observa que no proporciona pautes a seguir per a que la disposició en l'espai òptima per atendre les víctimes . no s'especifica de quina manera i quan es tractaran els temes en el protocol excepte en el ítem 7 (Pautes per a l'entrevista amb les víctimes) que és millorable, ja que inclou recomanacions per a l'entrevista clínica i s'esmenta alguna pautes a seguir per a que la disposició sigui òptima per atendre el cas, tot i que podria proporcionar més informació i també que aquesta englobi els infants.

No es proporcionen normes a complir per a seguir el protocol des de una perspectiva de prosocialitat.

De manera general, en el protocol no s'observa una guia adaptada de com el professional ha de comunicar-se amb l'infant des de la perspectiva d'aquest, en l'ítem 5 que correspon a *l'actuació en la població infantojuvenil per a la prevenció de casos de VM*, que és millorable ja que s'informa d'estratègies i activitats preventives per a cada situació però hauria de ser més específic al tipus de casos. Absència d'indicacions clares de com

fomentar un clima positiu i de confiança, cal destacar que el en *l'ítem 7* que fa referència a *Pautes per a l'entrevista amb les víctimes* si que s'esmenta.

Pel que fa al procés de seguiment del protocol, manca preguntes concretes del cas i específiques amb l'objectiu que el professional es centri i concentri en el cas concret i no interfereixin aspectes externs.

Respecte l'empatia cognitiva del professional en els casos atendre, el protocol si que promou el seu ús a partir de preguntes adaptades al cas amb capacitat per recollir reaccions tot i que es millorable ja que ho indica de manera parcial.

En canvi, no es té en compte aquells aspectes de caràcter emocional per part dels professionals que poden ser contraproductiu en aquest casos ni cap feedback que revisi la qualitat d'escolta del professional. Així com tampoc inclou suggereixes llenguatge o preguntes a fer que promoguin l'empoderament de l'infant, ni recomanacions per evitar una doble victimització. Cal destacar que en *l'ítem 7 (Pautes per a l'entrevista amb les víctimes)* s'esmenten i es fomenten de manera parcial aquest aspectes.

Per altre banda, pel que fa la avaluació positiva dels comportament de l'infant únicament és en *l'ítem 11* que fa referència a *l'actuació per a valoració del registre de la sospita en la història clínica* on de manera parcial i indirecta s'indica la possibilitat de fer-ho.

Un altre punt feble és l'avaluació respecte a la qualitat d'emissió del professional ja que en gairebé cap espai del protocol inclou orientacions generals per comunicar la informació de manera clara i beneficiosa per a l'infant segons el moment psicològic. Tampoc proporciona recomanacions per a que el professional pugui visualitzar per a ell mateix aquells aspectes negatius del cas i per gestionar-los. De la mateixa manera que en algunes ocasions manca un itinerari específic a seguir en cada cas.

Per últim pel que fa als factors posteriors, inclou de manera molt parcial suggeriments de com fer el seguiment del cas aquestes.

Pel que fa els resultats obtinguts de l'anàlisi del ***Protocol comarcal per a l'abordatge de violència masclista a l'Alt Penedès*** s'observa dins dels factors previs, de manera general el protocol si que es té en compte i incorpora pautes d'aquells criteris que avaluen l'empatia prèvia abans d'atendre el cas. És proporcionen pautes per a que la disposició en l'espai sigui òptima així com indicacions de fomentar un clima positiu i de confiança, de

manera que el professional pot anticipar aquells escenaris comunicatius. Per altre banda, s'informa de com i quan es tractaran els temes.

Pel que fa els criteris que s'engloben en els factors de procés, en global, es fomenta una mirada horitzontal ja que inclou de manera parcial suggeriments de llenguatge i preguntes que empoderen així com mesures a evitar per no realitzar una doble victimització .

Per altre banda, respecte a l'empatia cognitiva, el protocol incorpora recomanacions d'aquells aspectes de caràcter emocional per part del professional que poden ser contraproductius en aquest casos, no obstant, o bé apareix de manera parcial com en el *ítem 13* que fa referència a *les pautes per a l'entrevista* ja que aquestes es centren primordialment en la dona i no tant en l'infant o bé no apareixen preguntes adaptades a l'infant per tal de recollir reaccions d'aquest. El protocol inclou preguntes concretes i específiques que faciliten al professional poder centrar-se en el cas concret amb l'objectiu d'evitar interferències externes com ara prejudicis o etiquetes que el professional pugui tenir i garantir un procediment d'actuació adequat al cas.

De manera parcial, també inclou preguntes amb l'objectiu d'avaluar la qualitat d'emissió del professional així com un espai per poder transcriure i fer una avaluació positiva dels comportaments de l'infant. A més incorpora orientacions generals per comunicar la informació de manera clara i beneficiosa tenint en compte el moment psicològic, tot i que hauria d'esmentar-se de manera més clara cap als infants.

El protocol si que incorpora recomanacions per tal d'identificar i resoldre conflictes des d'una perspectiva positiva. De la mateixa manera que inclou normes a complir per seguir el protocol des de una perspectiva prosocial.

Per últim, el que fa els suggeriments de com seguir el protocol, en alguns apartats si que es troben però en altres que haurien d'estar manquen.

Cal destacar que ***Protocol comarcal per a l'abordatge de violència masclista a l'Alt Penedès*** posseeix molts dels criteris d'una comunicació de qualitat prosocial, tot i que es podrien millorar. De fet hi ha un apartat dins del protocol amb el nom *Avaluació (pàgina 44)* que pretén avaluar si l'aplicació del protocol i el contingut d'aquest han tingut l'impacte que pretenien. Per fer-ho es basa en la Teoria del Canvi i comparteixen la definició d'impacte que proposa Roche: Canvis duradors o significatius en la vida de persones, provocats per una acció o una sèrie d'accions (Roche, 1999, 21).

4. CONCLUSIONS

Després de l'anàlisi que s'ha realitzat en aquest treball, es conclou que:

Els protocols analitzats compten amb poc indicadors de comunicació de qualitat prosocial.

Tal i com s'esmenta al llarg del treball, la prosocialitat permet entre d'altres, connectar amb l'altre des de la seva perspectiva i per tant des del seu criteri. Fer ús d'una comunicació prosocial garanteix la eficàcia, la eficiència i la cohesió entre ambdós interlocutors seria doncs essencial que protocols com aquest, que tenen com a objectiu abordar els casos en infants víctimes de VM incorporessin més indicadors de comunicació de qualitat prosocial. D'aquesta manera el professional podria alinear-se cognitivament de manera més adequada amb l'infant i així doncs, la detecció dels casos seria més eficient i la intervenció posterior també seria més òptima.

Donat que la prosocialitat es un terme relativament nou, i probablement desconegut per a molts professionals, cal que els aspectes de comunicació de qualitat prosocial estiguin explícitament indicats en el protocol. Degut també a que en nombroses vegades aquests protocols es segueixen sota la pressió del temps o situació, i és necessari que el professional que segueix el protocol tingui clar tots aquests aspectes.

Si s'analitza la comparació entre els dos protocols es pot concloure que:

- ***El protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya és més específic i concret respecte a la població a la que va dirigit, la població infantil.***

Amb el ***Document operatiu en maltractament infantojuvenil*** s'especifica més aquelles àrees i aspectes de la població infantil i per tant es dona un espai a aquesta població. Dotant-li de la importància que té ser víctima de VM per a un infant.

Tot i que seria dient que s'especifiqués més en la intervenció que han de realitzar els diferents professionals que intervenen amb els infants com ara els logopedes.

- ***El protocol comarcal per a l'abordatge de violència masclista a l'Alt Penedès compta amb més indicadors de qualitat prosocial.***

Es proporcionen pinzellades de com generar un clima positiu i de confiança a la vegada que suggereix i adverteix d'aquells actituds o llenguatge del professional

que poden ser contraproductius en aquests casos. D'altra banda també es fomenta una mirada horitzontal cap a l'infant.

No obstant, donat que el protocol aborda tota la comarca i per tant tots els serveis que intervenen manca en el protocol més especificitat i concreció en la població infantil i per tant en els professionals que intervenen amb aquesta població.

Els punts forts que es reflecteixen en els dos protocols són aquells relacionats amb els aspectes tècnics i formals, no obstant, manquen aquells aspectes relacionats amb la qualitat prosocial del protocol. En cap dels dos protocols s'observa que es destaquï importància en aquells aspectes relacionats amb el professional, com ara l'estat físic i emocional d'aquest o bé possibles inferències que incideixen de manera negativa en la detecció i posterior intervenció dels casos.

Per altra banda:

S'evidencia la necessitat de dotar i proporcionar eines als professionals de logopèdia per a intervenir en casos de Violència Masclista

El professional de logopèdia no té les eines necessàries per intervenir en casos d'infants víctimes de VM. Com a conseqüència el logopeda pot estar intervenint amb un infant amb trastorns en el llenguatge sense tenir coneixement que està intervenint en un cas de Violència Masclista per tant el treball del professional de logopèdia es veu infructuós donat que hi ha altres problemes que són de base. És essencial doncs que el professional de logopèdia disposi de noves eines per tal de poder detectar si està davant d'un cas de Violència Masclista, és per això que es necessiten protocols més adequats aquesta problemàtica. Si aquest protocols no estant connectant realment amb les necessitats de l'infant podria ser que el logopeda en comptes d'ajudar estigui generant un problema i això no és viable donat que el logopeda ha de ser part de la solució.

És curiós que donat la magnitud del problema no existeixin pautes més específiques per als professionals de logopèdia. En cap dels dos protocols s'esmenta amb claredat com ha d'intervenir el professional de logopèdia o quines eines pot utilitzar.

Si a més de l'anàlisi dels resultats obtinguts s'incorpora l'anàlisi de les dades extretes en la cerca bibliogràfica s'evidencia la necessitat de millorar els protocols actuals donat que els casos que s'arriben atendre són l'11%. Potser si aquests es milloressin des de una

perspectiva que permetés al professional connectar més amb la víctima, i això involucra a la vegada que el protocol connecti també amb el professional, probablement s'arribarien a atendre més casos que els que hi ha a l'actualitat. La violència masclista és un tema complex, tant per la víctima com per el professional que intervé. Com a éssers humans estan exposats a emocions, sentiments, prejudicis, etiquetes, etc. és per això que és essencial una mirada que incorpori a la persona del professional amb les seves pròpies necessitats específiques.

Pot ser de gran utilitat una revisió de la qualitat dels protocols des de una perspectiva prosocial per a identificar punts forts i punts febles i enfortir els instruments existents de cara a respondre de manera més adequada a les necessitats específiques dels logopedes i usuaris del sistema sanitari.

L'abordatge integral en la violència masclista ha d'englobar tots els aspectes i les conseqüències que aquesta genera no només en la societat, els familiar i les víctimes sinó que aquest abordatge ha d'incloure els professionals que hi intervenen ja sigui de manera directe o indirecte.

Respecte a les limitacions i punts febles que es donen en el present treball cal destacar que per una banda, únicament s'ha realitzat l'anàlisi de dos protocols amb la qual cosa s'obtenen conclusions de l'anàlisi d'aquests dos. Seria interessant a nivell comarcal poder avaluar tots els protocols existents amb l'objectiu de tenir una panoràmica real dels protocols en una mirada de conjunt. Per altre banda, es requerirà un anàlisi d'interjutges amb la finalitat de donar validesa a es conclusions i al procés de valoració dels protocols, que tot i que s'ha intentat acotar al màxim la informació tant dels protocols com dels indicadors de qualitat prosocial per fer l'anàlisi el màxim objectiu possible, pot ser que en algun aspecte hagi interferint la subjectivitat.

**Disseny d'una eina d'anàlisi prosocial de protocols per
l'atenció en logopèdia d'infants d'entre 0 i 6 anys
víctimes de Violència Masclista**

RESUM EXECUTIU

(1401 paraules)

Anna Lagares Bustamante

Treball Fi de Grau en Logopèdia

Curs 2019/2020

Context (Agents Clau)

La recerca va dirigida als departaments de Psicologia i Logopèdia, en concret aquells professionals d'aquestes àrees que puguin intervenir en casos d'infants víctimes de Violència Masclista (VM).

Tenint en compte que en aquest treball l'edat establerta ha estat de 0 a 6 anys, va dirigit als Centres de Desenvolupament i Atenció Precoç (CDIAP).

També als dirigents de decisions en l'àmbit sanitari dels ajuntaments, així com a l'administració de l'Estat.

Introducció

La Violència Masclista (VM) és un problema social i sanitari.

Els logopedes, com altres professionals sanitaris, han de conèixer i aplicar els protocols d'intervenció quan atenen casos, d'infants testimoni i víctimes de VM. Ser víctima de Violència Masclista o testimoni d'aquesta en un període crític en el desenvolupament de l'infant, porta entre altres conseqüències en el desenvolupament del llenguatge. Una inadequada adquisició del llenguatge pot tenir repercussions en totes les altres àrees del desenvolupament infantil i en aprenentatges futurs. No obstant això, els logopedes no sempre compten amb les eines adequades per a intervenir correctament, precisament perquè no són professionals que treballen en primera línia amb la VM, sinó que la tracten de manera indirecta. Hi ha la necessitat doncs, d'elaborar un diagnòstic temprà en aquests infants, i per això és necessari dotar de més eines als professionals de logopèdia que puguin estar intervenint en aquests casos.

Els protocols son necessaris, ja que proporcionen un estàndard d'avaluació, no obstant, cal que aquests protocols que es segueixen siguin eficaços amb l'objectiu que pretenen. L'experiència del **projecte FEEL**, indica que els protocols no sempre s'adapten a les circumstàncies específiques o necessitats de les persones. Hi ha una sèrie d'elements de tipus cultural, geogràfic, social, de gènere, fins i tot religiosos que generen sorolls a l'hora d'aplicar protocols genèrics.

En aquest context es proposa com a marc d'intervenció psicològica i diagnòstic, la prosocialitat aplicada, experimentada en projectes europeus per dotar els professionals d'eines contra esquixades a cada context, en l'àmbit de la violència masclista.

Objectius

L'objectiu d'aquest treball és elaborar una eina d'anàlisi (*check list*) que valori l'adequació dels protocols existents en logopèdia a les necessitats dels infants víctimes de Violència Masclista (VM).

Es planteja doncs, si a través d'una llista de cribratge que analitzi els protocols des d'una mirada prosocial, es poden millorar els protocols actuals des de una perspectiva que beneficiï als infants i previngui efectes secundaris negatius (generació de dependència, disminució de l'autoestima, creativitat, doble victimització, etc.).

Cal preguntar-se si és viable donar qualitat humana a l'atenció amb les víctimes i a la vegada respondre a protocols que funcionen sota pressió de temps.

La finalitat és determinar indicadors de qualitat prosocial per analitzar els protocols amb el fi d'enfortir la qualitat del diagnòstic i intervenció logopèdica quan es detecta un cas d'aquestes característiques.

Metodologia

S'ha fet un estudi de revisió teòrica per a identificar la qualitat prosocial dels protocols de VM existents respecte al rol que ha d'exercir el logopeda.

L'estudi es basa en els resultats preliminars de tres projectes europeus que a través d'una metodologia participativa (Investigació Acció Participativa) van elaborar criteris aplicables per a professionals que treballen amb dones i menors d'edat víctimes de VM.

S'han reelaborat els criteris del *Model de Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) adaptado al trabajo con victimas de VM* (Escotorin, 2020) amb un l'anàlisi teòric d'aquest, on s'han extret aquelles variables relacionades a tenir en compte en l'atenció d'un logopeda amb menors d'edat víctimes de VM i aplicables al protocol. D'aquestes

variables s'han establert els ítems i per tant, els indicadors que configuren la llista de cribratge per a l'anàlisi dels protocols.

Per altra banda, aquests indicadors han estat englobats en 6 factors, tenint en compte al tipus de factors a què fan referència al moment que aquests s'utilitzen en el seguiment del protocol (factores prèvis, factors de forma, factors de procés, factors de contingut, factors de meta comunicació i estratègies i factors posteriors). A més a més els indicadors d'anàlisi, han estat codificats amb números de l'1 al 41.

L'escala de cribratge que s'ha utilitzat ha estat:

- Compleix (C)
- Millorable (M)
- No compleix (NC)
- No aplica (NA)

Els protocols analitzats han estat el ***Document Operatiu de Maltractament Infantojuvenil*** que s'engloba dins del ***Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*** i el ***Protocol comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès***.

D'aquests protocols, s'han redefinit els apartats o ítems, amb l'objectiu d'acotar-los el màxim possible per a dur a terme l'anàlisi d'aquests, al mateix temps que poder establir una comparació dels resultats entre els dos protocols.

Per últim, s'ha elaborat una taula d'anàlisi per dur a terme el cribratge dels protocols formada per dues variables, en l'eix de les x, els indicadors d'anàlisi de la llista de cribratge (*check list*), i en l'eix de les y, els ítems redefinits dels protocols.

Per dur a terme l'anàlisi, en primer lloc per cada ítem del protocol s'ha establert quins criteris de qualitat prosocial ha de posseir, els criteris excloents se'ls hi atorga el valor de *no aplicable* (N/A). Dels ítems que s'avaluen es té en compte quins no estan presents i per tant tenen el valor de *no compleix* (NC) i quins si estan presents. D'aquests s'atorga el valor *compleix* (C) o està present però és *millorable* (M).

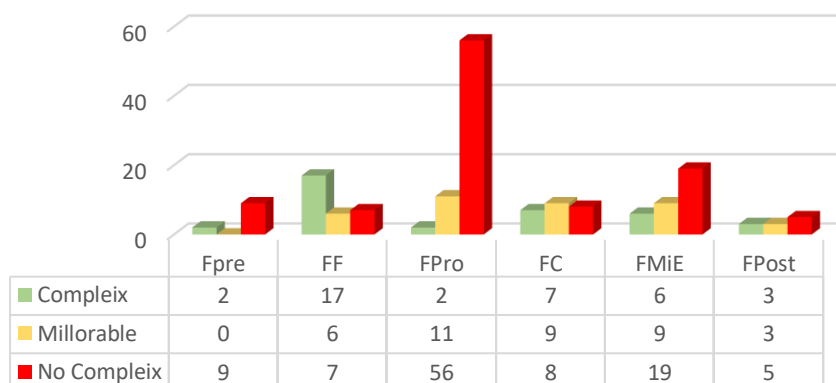
Per tal de simplificar i fer més visibles els resultats obtinguts en aquesta taula s'han utilitzat diversos colors. El color verd quan el criteri es compleix, el color groc quan és millorable, el color vermell quan no es compleix i per últim el color gris quan no és aplicable el criteri d'anàlisi.

Resultats

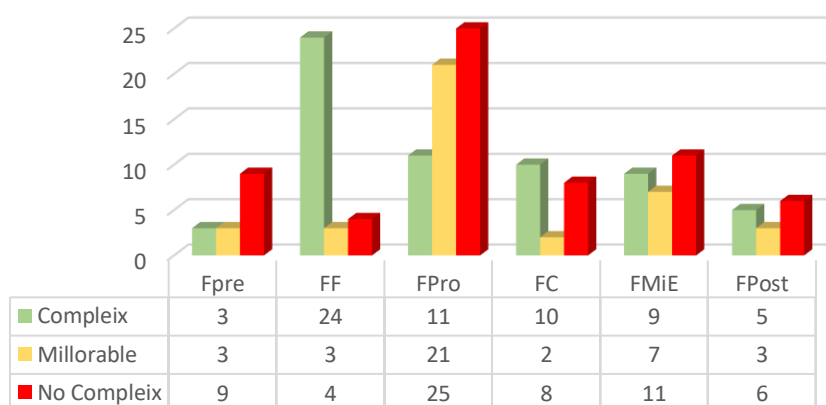
Els resultats han permès observar que aquells criteris englobats en els factors previs i factors de procés són els que menys es compleixen. Respecte a els criteris que s'engloben dins dels factors previs, en concret aquells on s'avalua la disponibilitat i disposició del professional, la consciència i coneixement del professional sobre la VM o la possible interferència d'altres casos no s'observen en cap dels dos protocols. Pel que fa a els factors de procés, cal destacar que el protocol no presenta un apartat amb exercicis o tècniques o recomanacions que fomentin l'autobuidatge del professional abans d'atendre un cas, ni hi ha indicacions explícites que fomentin una mirada horitzontal i per tant la confirmació de la dignitat de l'infant. Així com tampoc incorpora cap guia d'acompanyament empàtic per connectar amb les necessitats que el professional pugui tenir per atendre o identificar el cas, és a dir no es proporciona un espai on el professional pugui revelar emocions.

Per contra, sí que s'observa en els dos protocols que aquells criteris englobats dins dels factors de forma i dins dels factors de contingut hi ha més percentatge que es compleixen, posseeixen un guió o índex que organitza el protocol, el llenguatge tècnic està adaptat per a tots els professionals i a més a més també incorporen informació visual que ajuda a clarificar i comprendre el text.

**PROTOCOL PER A L'ABORDATGE DE VIOLÈNCIA MÀSCLISTA EN
L'ÀMBIT DE LA SALUT – DOCUMENT OPERATIU
INFANTOJUVENIL
(Gràfic 1)**



**PROTOCOL COMARCAL PER A L'ABORDATGE DE VIOLÈNCIA
MÀSCLISTA A L'ALT PENEDES (Gràfic 2)**



Si es comparen els resultats dels dos protocols de manera general, s'observen més punts forts de qualitat de comunicació prosocial en el ***Protocol comarcal per a l'abordatge de violència masclista a l'Alt Penedès***.

En síntesi, els protocols analitzats emfatitzen elements tècnics i no incorporen indicadors de Qualitat Prosocial per a l'atenció logopèdica. La revisió permet observar que els protocols analitzats no incorporen criteris específics per a una adequació empàtica que requereixen els infants víctimes de Violència Masclista. Per altra banda, tampoc es proporcionen eines específiques per a professionals de logopèdia.

Conclusions

És necessari dotar als professionals de logopèdia d'eines per tal que la intervenció amb aquests infants no sigui contraproductiu per a ells i prevenir que els logopedes siguin professionals que generin una doble victimització. És curiós que donat la magnitud del problema no existeixin pautes més específiques per als professionals de logopèdia. En cap dels dos protocols s'esmenta amb claredat com ha d'intervenir el professional de logopèdia o quines eines pot utilitzar.

Cal una revisió de la qualitat dels protocols des d'una perspectiva prosocial per a identificar punts forts i punts febles i enfortir els instruments existents de cara a respondre de manera més adequada a les necessitats específiques dels logopedes i usuaris del sistema sanitari.

NOTA DE PREMSA

(497 paraules)

Anna Lagares Bustamante

Treball Fi de Grau en Logopèdia

Curs 2019/2020

Infants víctimes de Violència Masclista:

noves eines per als professionals de logopèdia

La Violència Masclista (VM) és avui dia un dels problemes més greus que existeix en la nostre societat. Davant de l'augment dels casos i que per tant són més els professionals que intervenen en aquest casos sense tenir les eines han sigut revistats dos protocols per a l'abordatge de VM que han de seguir els professionals de logopèdia. A partir d'aquest anàlisi s'ha pogut observar que la qualitat dels protocols encara no està ajustada a les necessitats per acompanyar i evitar la doble victimització. En un treball de fi de grau, l'estudiant Anna Lagares de la Universitat Autònoma de Barcelona, ha dissenyat una eina d'anàlisi des d'una perspectiva innovadora, la prosocialitat aplicada, que es basa en el criteri del receptor, per millorar la qualitat de l'atenció logopèdica dels infants víctimes de VM i que aquesta intervenció no sigui contraproduent per l'infant.

Ser testimoni de VM durant el període de desenvolupament pot desencadenar unes conseqüències de gran magnitud en l'infant, entre d'altres en el desenvolupament del llenguatge. Entre el conjunt de SIAD de Catalunya i de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral s'arriba a l'11 %, fet que fa pensar si realment l'abordatge que pretenen els protocols, és eficaç i eficient.

A partir dels resultats obtinguts en l'anàlisi de qualitat de comunicació prosocial del *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya* i el *Protocol comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès* s'observa que aquests no incorporen criteris específics per a una adequació empàtica de l'atenció logopèdica que requereixen els infants víctimes de VM. Emfatitzen elements tècnics i no incorporen indicadors de Qualitat Prosocial per a l'atenció logopèdica

Potser si es milloressin els protocols des d'una perspectiva que permetés al professional connectar més amb la víctima, i això involucra a la vegada que el protocol connecti també amb el professional, probablement s'arribarien atendre més casos que els de l'actualitat.

La VM és un tema complex i pot generar a la vegada efectes en el professional que intervé, ja que com a ésser humans estan exposats a sentiments, prejudicis, etiquetes, etc. Aquests efectes es poden agreujar quan es tracta de professionals que no intervenen en primera línia amb la VM, com ara els logopedes. És per això que seria de gran utilitat que els

protocols incorporessin una mirada que connecti a la persona del professional amb les seves pròpies necessitats específiques.

Hi ha la necessitat de dotar als professionals de logopèdia de més d'eines per tal que la intervenció amb aquests infants no sigui contraproductiva per a ells i prevenir que els logopedes siguin professionals que generin una doble victimització.

Seria de gran utilitat una revisió de la qualitat dels protocols des d'una perspectiva prosocial per a identificar punts forts i punts febles i enfortir els instruments existents de cara a respondre de manera més adequada a les necessitats específiques dels logopedes i usuaris del sistema sanitari.

5. REFERÈNCIES

1. Aguilar, D. (2009). La infancia víctima de violencia de género. In *III Congreso del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género* (pp. 21-23). Recuperado de: <http://www.poderjudicial.es>
2. Arredondo-Provecho, A.-B., Del Pliego Pilo, G., & Gallardo Pino, C. (2018). Partner violence against women and specialized care health professionals. *Anales de Psicología*, 34(2), 349–359.
3. Belsky, J., & Fearon, R. P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving?. *Attachment & human development*, 4(3), 361-387.
4. Bronfenbrenner, U. (1982). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
5. Cano, P. R. (2015, September). Menores y violencia de género: de invisibles a visibles. In *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* (Vol. 49, pp. 181-217).
6. Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... & Mallah, K. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.
7. Escotorin, P., & Roche, R. (2011). Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas. *Conclusiones del Proyecto Europeo CHANGE. La Garriga: Edicions Fundació Martí L'Humà*.
8. Escotorin, P. (comp.) (2020) *Conectar con mirada prosocial. Herramientas para profesionales que trabajan con mujeres en situación de violencia machista*. España: Círculo Rojo. En prensa.
9. Gallego Ortega, J. L., & Fernández de Haro, E. (2003). Enciclopedia de educación infantil.
10. Georgia L. Carpenter, Ann M. Stacks (2009). Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literatura. *Children and Youth Services Review* 31, 831–839
11. López, S. T., & Calvo, J. V. P. (2006). Etiología y factores de riesgo de los malos tratos intrafamiliares a la infancia. Intervención desde la escuela. *Revista española de pedagogía*, 525-544.
12. NIH (2010). Etapas del desarrollo del habla y el lenguaje. Recuperado de <https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/etapas-del-desarrollo-del-habla-y-el-lenguaje>.
13. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas (2013). [Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud](#), pág. 2.
14. Orjuela, L., Perdices, A. J., Plaza, M., & Tovar, M. (2008). Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. *Save the Children*.
15. Perkins, S., & Graham-Bermann, S. (2012). Violence exposure and the development of school-related functioning: Mental health, neurocognition, and learning. *Aggression and violent behavior*, 17(1), 89-98.
16. Plaza-Carmona, M., & Requena-Hernández, C. (2016). Uso de la comunicación prosocial en profesionales sanitarios y sociales con personas mayores: estudio piloto. *Gerokomos*, 27(1), 13-18.
17. Roche, R. (2010). Prosocialidad nuevos desafíos: Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno. *Buenos Aires: Ciudad Nueva*.
18. Roche, R. (1995). Psicología y educación para la prosocialidad, Barcelona, Universidad Autónoma.
19. Soza, G. P. C. E., Brundelius, M., & Olivar, R. R. (2019). Projecte europeu REVIVAL: noves propostes formatives en entorns sanitaris per a un tractament sostenible i segur de la violència masclista. *Annals de Medicina*, 102(3), 129-131.
20. Taylor, N., Donovan, W., Miles, S., & Leavitt, L. (2009). Maternal control strategies, maternal language usage and children's language usage at two years. *Journal of child language*, 36(2), 381-404.
21. Udo, I. E., Sharps, P., Bronner, Y., & Hossain, M. B. (2016). Maternal intimate partner violence: Relationships with language and neurological development of infants and toddlers. *Maternal and child health journal*, 20(7), 1424-1431.

6. ANNEX 1

Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya

- **Document marc:** https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/abordatge.pdf
- **Document operatiu de maltractament infantojuvenil:** https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/arxius/operatiu_infantojuvenil.pdf

7. ANNEX 2

Protocol comarcal per l'abordatge de la violència masclista de l'Alt Penedès

<http://www.santcugatsesgarrigues.cat/fitxer/3418/PROTOCOL%20dona%20violencia%20masclista.pdf>

8. ANNEX 3

Taula d'anàlisi de la Comunicació de Qualitat Prosocial dels Protocols de Violència Masclista (CQP-PVM)

NOM DEL PROTOCOL																																												
<div>Critèris d'anàlisi</div> <div>Ítems del protocol</div>	FPRE				FF					FPRO																FC				FMiE											FPOST			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41			
1																																												
2																																												
3																																												
4																																												
5																																												
6																																												
7																																												
8																																												
9																																												
10																																												
11																																												
12																																												
13																																												
14																																												
15																																												
16																																												
17																																												
18																																												
19																																												
20																																												
21																																												
22																																												

9. ANNEX 4

Taula 4		
PROTOCOL PER A L'ABORDATGE DE LA VIOLENCIA MASCLISTA EN L'ÀMBIT DE LA SALUT A CATALUNYA		
DOCUMENT OPERATIU DE MALTRACTAMENT INFANTOJUVENIL		APARTATS DEL PROTOCOL
Ítem 1	Guió o índex del protocol.	Sumari, p.3
Ítem 2	Presentació del document.	Presentació, p.4
Ítem 3	Introducció al document.	Introducció; [...]mateixa (Soriano, 2001; citat a Horno, 2006); p.5.
Ítem 4	Aspectes de la VM en la població infantojuvenil.	Introducció; El fet [...] Quadre A. Tipologia de maltractament; p.5, p.6 i p.7.
Ítem 5	Actuació en la població infantojuvenil per a la prevenció de casos de Violència Masclista.	Actuació dels serveis sanitaris; Prevenció, p.8; Detecció; Quadre B. p.9.
Ítem 6	Actuació en la detecció dels indicadors de maltractament infantojuvenil.	Actuació dels serveis sanitaris; Detecció; Quadre C. Quadre D, Quadre E i Quadre F, p.10, p.11, p.12.
Ítem 7	Pautes per a l'entrevista amb les víctimes.	Actuació dels serveis sanitaris; Detecció; Pautes per a l'entrevista, p.10; Document Marc (quadres 2, 3, 4 i 5), p.33 i p.34.
Ítem 8	Efectes de la violència masclista en l'àmbit familiar sobre els infants	Actuació dels serveis sanitaris; Detecció; Quadre G, p.12, p.13 i p.14.
Ítem 9	Valoració del cas.	Actuació dels serveis sanitaris; Detecció; Valoració; Document Marc (quadre 7), p. 37 i p.38
Ítem 10	Actuació en valoració del cas per interconsulta amb l'equip de professionals implicats .	Actuació dels serveis sanitaris; Detecció; Valoració; Interconsulta amb l'equip de professionals implicats, p. 14.
Ítem 11	Actuació per a valoració del registre de la sospita en la història clínica	Actuació dels serveis sanitaris; Detecció; Valoració; Registre de la sospita en la història clínica, p. 14 i p. 15.
Ítem 12	Actuació per a la valoració de la coordinació amb l'equip dels serveis socials bàsics de referència o EAIA de referència.	Actuació dels serveis sanitaris; Detecció; Valoració; Coordinació amb l'equip dels serveis socials bàsics de referència o bé amb l'equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA) de referència, p.15.
Ítem 13	Registre del cas d'infant o jove en situació de maltractament però que no es troba en perill extrem.	Atenció i recuperació; Quadre H. Pla d'intervenció, p. 17.
Ítem 14	Actuació davant el cas d'infant o jove en situació de maltractament però que no es troba en perill extrem.	Atenció i recuperació; Quadre H. Pla d'intervenció, p. 17.
Ítem 15	Intervenció del cas d'infant o jove en situació de maltractament però que no es troba en perill extrem.	Atenció i recuperació; Quadre H. Pla d'intervenció, p. 17.
Ítem 16	Derivació del cas d'infant o jove en situació de maltractament però que no es troba en perill extrem.	Atenció i recuperació; Quadre H. Pla d'intervenció, p. 17.
Ítem 17	Registre del cas d'infant o jove en situació de maltractament i que es troba en perill extrem.	Atenció i recuperació; Quadre I. Pla d'intervenció, p.18.
Ítem 18	Actuació davant el cas d'infant o jove en situació de maltractament i que es troba en perill extrem.	Atenció i recuperació; Quadre I. Pla d'intervenció, p.18.
Ítem 19	Intervenció del cas d'infant o jove en situació de maltractament i que es troba en perill extrem.	Atenció i recuperació; Quadre I. Pla d'intervenció, p.18.
Ítem 20	Derivació del cas d'infant o jove en situació de maltractament i que es troba en perill extrem.	Atenció i recuperació; Quadre I. Pla d'intervenció, p.18.
Ítem 21	Diagrama d'actuació en els serveis sanitaris per a una intervenció coordinada en l'àmbit de la violència masclista i altres maltractaments en l'atenció a infants i joves	Figura 1, Diagrama d'actuació en els serveis sanitaris per a una intervenció coordinada en l'àmbit de la violència masclista i altres maltractaments en l'atenció a infants i joves, p. 19.

Taula 5		
PROTOCOL COMARCAL PER A L'ABORATGE DE LA VIOLENCIA MASCLISTA DE L'ALT PENEDÈS		APARTATS DEL PROTOCOL
Ítem 1	Guia o índex del protocol.	Índex, p.2.
Ítem 2	Presentació del protocol.	Presentació, p.4.
Ítem 3	Introducció a l'estructura del protocol	Introducció, p.5, p.6 i p.7.
Ítem 4	Què pretén el protocol.	Objectius, p.8.
Ítem 5	Aspectes de la VM.	Marc conceptual, p.8 i p.9; Annex 1, p.46 ; Annex 2, p.49.
Ítem 6	Marc legal del protocol.	Marc legal, p.9; Annex 3, p.52
Ítem 7	Marc normatiu del dret de les víctimes	Marc legal, p.9; Annex 3, p.52
Ítem 8	Pautes D'ORIENTACIÓ de les intervencions dels poders públics.	Model d'intervenció; Principis orientadors de les Intervencions dels Poders públics, p.10 i p.11.
Ítem 9	Model d'intervenció per l'abordatge integral.	Model d'intervenció; Model per l'abordatge integral, p.11 i p.12.
Ítem 10	Model d'intervenció en el treball en xarxa.	Model d'intervenció; Treball en xarxa, p.12 i p.13.
Ítem 11	Pautes per a la prevenció de casos de Violència Masclista	Prevenció, p.13, p.14 i p.15.
Ítem 12	Actuació en la detecció dels indicadors de VM.	Detecció; Situacions de risc moderat i alt risc, p.16 i p.17; Annex 4, p.59
Ítem 13	Pautes per a la 'entrevista.	Detecció; Recomanacions per a una detecció precoç, p.17 i p.18.
Ítem 14	Actuació per a la valoració del risc del cas.	Detecció; Valoració del risc, p. 18 i p.19; Annex 5, p.66
Ítem 15	Intervenció dels professionals del centre de desenvolupament i atenció precoç de l'Espiga (CDIAPE)	Atenció i recuperació: intervenció dels diferents àmbits; Àmbit Santiàri; Centre de desenvolupament i atenció precoç l'espiga (CDIAPE), p.28.
Ítem 16	Intervenció dels professionals en Serveis Socials Bàsics/SIAD	Atenció i recuperació: intervenció dels diferents àmbits; Àmbit Social; Serveis Socials Bàsics/SIAD p.19
Ítem 17	Diagrama comarcal de les actuacions dels diferents serveis que intervenen.	Diagrama Circuit Comarcal p.42